WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

POLSKA BIBLIOGRAFJA KRYMINOLOGICZNA, SĄDOWO - LEKARSKA I DZIAŁÓW POKREWNYCH ZA R. 1933.

Skróty tytułów pism. Książki umieszczone w odpowiednich działach.

A. K. — Archiwum kryminologiczne. CZ. A. — Czasopismo Adwokatów Polskich. CZ. S. L. — Czasopismo Sądowo - Lekarskie. CZ. S. — Czasopismo Sędziowskie. E. P. K. — Encyklopedja Podręczna Prawa Karnego. G. P. — Głos Prawa. G. A. — Głos Adwokatów. Gn. Pl. — Ginekologja Polska. G. S. — Głos Sądownictwa G. S. W. — Gazeta Sądowa Warszawska G. A. P. — Gazeta Administr. i Policji Państwowej. K. D. — Kronika Dentystyczna. K. O. — Klinika Oczna. K. W. — Kronika Warszawy. L. P. — Lekarz Polski. L. K. — Lekarz Kolejowy. L. W. — Lekarz Wojskowy. M. — Medycyna. M. P. — Medycyna Praktyczna. MM. — Młoda Matka. M. D. S. —Medycyna Dośw. i Społeczna. N. P. — Nowiny Psychjatryczne. N. L. — Nowiny Lekarskie. N. S. L. — Nowiny Społeczno - Lekarskie. P. G. L. — Polska Gazeta Lekarska. P. — Położna. Pal. — Palestra. PR. — Prawo. Pr. Lek. — Praktyka Lekarska. P. W. P. — Przegl. Więzienn. Polskiego. P. St. — Przegląd Stomatologiczny. P. W. T. L. — Pamiętnik Wil. Tow. Lek. P. P. — Pedjatrja Polska. P. D. — Przegląd Dermatologiczny. P. P. CH. — Polski Przegląd Chirurgiczny. P. A. M. W. — Polskie Archiwum Med. Wewn. P. U. S. — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. P. T. — Przegląd Trachomatol. P. S. — Przegląd Sądowy. P. P. A. — Przegląd Prawa i Administracji. R. P. — Rocznik Psychjatryczny. R. Praw. — Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjolog. S. S. — Szkoła Specjalna. T. N. — Terapja Nowa. W. P. P. — Wileński Przegląd Prawniczy. Woj. P. — Wojskowy Przegl. Prawniczy. W. CZ. L. — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. W. L. — Wiadomości Lekarskie. Z. R. — Zagadnienia Rasy. Z. — Zdrowie. Ż. DZ. — Życie Dziecka.

I. ZAGADNIENIA PRAWNE.

1. Augenblick. — Prawo karne antyliberalne. — A. K.
2. Augenblick. — Deliquente per tendenza. — A. K.
3. Borycki i Kuca. — „Wzory karne". Kraków.
4. Burzyński. — Zasady nowego Kod. karn. wojskowego. — Woj. P. 1932.
5. Burzyński. — Kodeks karny wykonawczy etc. W. P. P.

6. Berger. — Usiłowanie przestępstwa. — G. S.
7. Błencki. — Problem wychowania w polskim Kod. Karn. — G. S.
8. Cyfin. — Stan wyższej konieczności w prawie karnem. Rozprawa doktorska. Warszawa.
9. S. Czerwiński i M. Przyjemski. — Prawo karne w świetle orzecznictwa 1.IX.32 — 1.VII.33. — str. 94, Warszawa.
10. A. Czerwiński. — Obecny stan ustawodawstwa karnego przeciwko nieletnim w Polsce. — str. 103 — Lwów.
11. Daniec. — O polski charakter nowego wojskowego Kod. Karn.— Woj. P. 1932.
12. Dąbrowo. — Na marginesie nowych prądów w sądownictwie karnem. — G. S.
13. Fudali. — Czy w wypadkach użycia noża w bójce mamy do czynienia ze zbiegiem przestępstw, czy ustaw? — Cz. S.
14. Früling. — Kilka uwag do problemu fałszywych zeznań. — P.P.A.
15. Fruhling. — Tymczasowe zaaresztowanie etc. — P. S.
16. Fleszyński. — Proces uczestników nocy listopadowej. — G. S.
17. Fleszyński. — Zagadnienia eugeniczne a nowy Kod. Karny. — Z. R. 1932.
18. Glaser. — Przestępstwa kwalifikowane etc. — G. S. W.
19. Glaser i Mogilnicki. — Kodeks karny, Komentarz. — str. 1180.
20. Glaser. — Polskie prawo karne w zarysie. — P. W. P.
21. Garbolewski. — Śledztwo w Warszawie.
22. Grzywo - Dąbrowski. — Nowy K. K. ze stanowiska sądowo-lekarskiego. — P. G. L. i M.
23. Haytler. — U źródeł prawa karnego. — str. 40.
24. Hefter. — Orzeczenie do Kod. Karnego, str. 29, 1932.
25. Hauswirt i Popower. — Proponowane zmiany śledztwa i dochodzenia w świetle zasad procesowych. — A. K.
26. Hauswirt i Popower. — Rola i znaczenie wniosku dowodowego w procesie karnym. — A. K.
27. H. P. — Wymiar kary w ustawie i w praktyce. — A. K.
28. H. P. — Zmiany ustawodawstwa Karnego w Rzeszy Niemieckiej. — A. K.
29. Z. Kuczyński. — Objaśnienia przepisów wprowadzających Kod. Karn. i prawo o wykroczeniach. — str. 88, Warszawa.
30. Kowalski. — Polski K. K. w dotychczasowej praktyce. — Cz. S.
31. Kodeks karny wojskowy. — wyd. Hoesicka.
32. Lawendel. — Zbiór orzeczeń sądowych w zakresie ustawy o obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby. — str. 293. — Warszawa.

33. Lemkin. — Przestępstwa polegające na wywołaniu niebezpieczeństwa międzynarodowego etc. — G. P.
34. Lemkin. — Specjalizacja sędziego karnego. — Pal.
35. Lemkin. — Ewolucja władzy sędziego karnego. — Pal.
36. Lemkin. — Amnestja. — str. 47.
37. Ladier. — Proces karny w talmudzie, — str. 118. — Lwów.
38. Lis - Olszewski. — Różnica między pojęciami bójki i pobicia z art. 240 i 241 K. K. — P. S.
39. Liebeskind. — Biegli w sprawach politycznych. — Gł. Adw.
40. Makarewicz. — Realizm w prawie karnem. — R. Praw.
41. Makarewicz. — Kodeks karny i Sąd Najwyższy. — G. S. W.
42. Mogilnicki. — Psychika prokuratora. — G. S. W.
43. Mogilnicki. — Zakres uprawnień obrońcy karnego. — G. S. W.
44. Mogilnicki. — Kodeks postępowania karnego. — Komentarz. — Kraków.
45. Mogilnicki. — Głosy stron w Sądzie Najwyższym na rozprawie karnej. — G. S.
46. Makowski. — Na marginesie komentarza do Kodeksu Karnego. — A. K.
47. Nisenson i Siewierski. — Kodeks Postępowania karnego z komentarzami i t. d. — Warszawa.
48. Nestorowicz. Oskarżony i jego przysięga w rozwoju historycznym procesu karnego. — Warszawa.
49. Opalski. — Kłusownictwo a kodeks karny. — P. S.
50. Pieracki. — Nowe ustawodawstwo karne. — Cz. A. 1932.
51. Peiper. — Komentarz do Kodeksu Karnego. Prawo o wykroczeniach i przepisy wprowadzające — str. 983.
52. Peiper. — Komentarz do Kod. Post. Karn. — str. 1284. wyd. III. Kraków.
53. Papierkowski. — Dowód poszlakowy w postępowaniu karnem.— str. 149.
54. Perelsztejn. — Kara śmierci w obowiązującem ustawodawstwie.— W. P. P. 1932.
55. Ritermann. — Czynny żal przy usiłowaniu przestępstwa w Polskim K. K. — P. P. A.
56. Różycki. — Kodeks Postępowania Karnego.
57. Ritterman. — Błąd co do indywidualności ofiary przestępstwa— rozpr. dokt. str. 56.
58. Rafacz. — Kara „sześć grzywien" w Łęczyckiem w średniowieczu — kradzież w statucie łęczyckim 1502 r. — T. P.
59. Rotlard. Orzecznictwo Sądu Najwyższego do K. K. d. 15.III do 1.IX.33, str. 62. Warszawa.

60. W. Sieradzki. — Kodeks Karny Polski ze stanowiska lekarskiego. — Prakt. Lek.
61. Sokalski. — Kongres prawa karnego w Palermo. — G. S.
62. Siewierski. — Uwagi krytyczne nad śledztwem i dochodzeniem według K. P. K. — A. K.
63. Siewierski. — O reformę postępowania przygotowawczego.—A.K.
64. Sztumpf. — Cel i znaczenie środków zabezpieczających w polskim K. K. — P. W. P.
65. Śliwowski. — Kongres prawa karnego w Palermo. — P. W. P.
66. Śliwowski. — Nowe prądy w sądownictwie karnem. — G. S.
67. Szczepański. — Prawo pracy w świetle orzeczeń sądowych — str. 171.
68. S. W. — Biegli. — E. P. K.
69. Śliwiński. Prawo karne procesowe. — A. K.
70. Szyszkowski. O karach pochodnych. — W. P. P.
71. Sakowicz. — Kodeks Karny Z. S. S. R. — G. S.
72. Tezy. — Z orzeczeń Sądu Najwyższego w Kod. Karnym 1932 r.
73. Urzędowski. — Nadzwyczajne złagodzenie kary w nowem polskiem prawie karnem. — Woj. P.
74. Wróblewski. — Studja z dziedziny prawa i etyki.
75. Wapniarski. — Penitencjaryzm polski w początku XIX stulecia. — P. W. P.
76. Walter. — Zarys systemu prawa karnego część ogólna., t. I. str. 274.
77. Walfisz. — Kodeks karny. — A. K.

II. KRYMINOLOGJA. — KAZUISTYKA.

1. Broń palna. (K. B., S. Z., K. O.) — E. P. K.
2. Bugajski. — O organizacji wyszkolenia kryminologicznego i t. d. w Polsce. — P. W. P.
3. Batawia. — Biologiczno - kryminalne badanie przestępcy. — E. P. K.
4. Batawia. — Kwestjonarjusz biologiczno-kryminalny. — A. K.
5. Batawia. — Biologja kryminalna i t. d. — A. K.
6. Brunatna księga podpalenia Reichstagu — str. 340.
7. Czarnerle. — Przestępstwa poborowe i ich zwalczanie. — Woj. P.
8. Dadler i Sieradzki. — W sprawie wykrywania śladów prochu dymnego w miejscu strzału. — L. W.
9. Ettinger. — Antropologja kryminalna. — E. P. K.
10. Günter. — Z rozważań prokuratora. — W. P. P. 1932.
11. U. S. — Bertillona system rozpoznawczy. — E. P. K.

12. U. S. — Daktyloskopja. — E. P. K.
13. H. S. — Kronika amerykańska. — A. K.
14. Instytut Kryminologiczny Wolnej Wszechnicy Polskiej. — G. S.
15. Założenie Instytutu Kryminologicznego Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie. — G. P.
16. Kwieciński. — Grafologja sądowa. — Warszawa.
17. Karnecki. — Walka z włóczęgostwem i żebractwem. — P. W. P.
18. Kuczma. — Przestępstwa zbiorowe w świetle współczesnej kryminologji — str. 157.
19. Klęsk. — Euthanasie — skracanie cierpień przedśmiertnych choremu. — L. W.
20. Lutwark. — Erotyka w Kodeksie Karnym. — G. A.
21. Łaguna. — O identyfikacji broni. — Cz. S. L.
22. Łaguna. — Morderstwo przez powieszenie. — N. L.
23. Liebhart. — Sekcja medycyny sądowej i kryminologji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. — P. G. L.
24. Lemkin. — Sędzia w obliczu nowoczesnego prawa karnego i kryminologji, str. 142.
25. Makowski. — Metody naukowe badań kryminologicznych.—A.K.
26. Miedzianowski. — Prawo a doły stołeczne. — Pal.
27. Manczarski. — Sekcja medycyny sądowej i kryminologji XIV Zjazdu Lek. i Przyrodn. Polskich w Poznaniu. — Cz. S. L.
28. M. A. Sąd przysięgłych — bękartem rewolucji. — A. K.
29. Mydlarski i Wiązowski. — Badania antropologiczne przestępców. — A. K.
30. Nagler. — Międzynarodowa komisja policji kryminalnej. — A. K.
31. Nestorowicz. — O azylach dla przestępców. — G. S.
32. Nestorowicz. — O postępowaniu karnem przeciwko osobom zmarłym i przeciwko zwierzętom. — G. S.
33. Olbrycht. — Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok. P. G. L.
34. Piątkiewicz i Jakubiec. — Daktyloskopja czy alibi? — A. K.
35. Pieczorkowski. — Wykluczenie tożsamości osoby na podstawie wadliwego uzębienia — P. G. L.
36. Rabinowicz. — Przestępcy zabierają głos. — G. S. W.
37. Rabinowicz. — Myśl kryminologiczna na 19 sekcji medycyny sądowej XIV Zjazdu Lek. i Przyrodn. Polskich w Poznaniu.
38. Rabinowicz. — Belgijskie zakłady zabezpieczające — A. K.
39. Rytel i Piotrowski. — Zabójstwo i podpalenie. — Cz. S. L.
40. Sobolewski. — Lewar do rozsuwania krat. — A. K.
41. Strasman. — Monodaktyloskopja Battley'a. — A. K.

42. Szarbe. — O nagłej śmierci we wczesnym wieku dziecięcym. — Cz. S. L.
43. Szpakowski. — Wskazówki do wstępnych badań kryminalno-biologicznych. — s. 97.
44. Urke - Nachalnik. — Życiorys własny przestępcy. — Poznań.
45. Urke - Nachalnik. — Miłość przestępcy. — str. 226.
46. Wąsowski. — Współczesna walka z przestępstwem. — Pr.
47. Zieleńczykówna. — Obrona Wandy Okrzyńskiej. — Pr.
48. Wolter. — Kilka uwag o metodologji nauk kryminologicznych.— R. Praw.
49. Walter. — Kryminalogja a Prawo Karne. A. K.

III. PSYCHOLOGJA i PSYCHOPATOLOGJA SĄDOWA:

1. Batawia. — Charakter przestępczy. — R. P. XX.
2. Czerwiński. — Niepoczytalność w świetle przepisów K. K. 1932 roku. — G. A.
3. Grzywo - Dąbrowski. — Zadzierżgnięcie i powieszenie jako czynnik powodujący zaspokojenie zboczonego popędu płciowego. — R. P. XXI.
4. Heller. — Z psychologji kryminalnej dziecka i nieletniego. — S. S.
5. H. Higier. — Dzieci intelektualnie i moralnie upośledzone oraz przestępcy małoletni a szkoły specjalne i t. d. — M. M.
6. Korczak. — Syn występnego. — S. S.
7. Kuchta. — Dziecko włóczęga. — str. 172.
8. Łuniewski. — Patologja charakteru w oświetleniu sądowo - cywilnem. — R. P. XX.
9. Łuniewski. — Kryminologja a psychopatologja. — A. K.
10. Nelken. — Patologja charakteru w oświetleniu sądowo - karnem. R. P. XX.
11. Nelken. — Afekt patologiczny. — E. P. K.
12. Prager. — Uwagi w przedmiocie poczytalności czynów dokonanych bezpośrednio lub pośrednio pod wpływem środków odurzających (alkohol, morfina, kokaina). — Cz. S.
13. Steffen. — Przypadek matkobójstwa na tle psychozy rozszczepieniowej. — A. K.
14. Jędraszko i Sterling. — Rzadki przypadek pseudologji fantastycznej u debila. — S. S.
15. Skowronkówna. — Włóczęgostwo dziecięce w świetle psychologji. A. K.
16. Urstein. — Przestępczość a psychoza. — str. 287.

17. Wachholz. — O przestępstwach ze wzruszenia przeciwko życiu.— Cz. S. L.
18. Wirszubski. — Omówienie przypadku bliźnierstwa. — R. P. XXI.
19. Wirszubski. — Omówienie przypadku letargu. — P. W. T. L. 1932 r.
20. Wiśniacka. — Psychologja zeznań świadków. — A. K.

IV. ALKOHOLIZM — NARKOMANJA

1. Cieszyński. — Alkohol a dziecko. — P.
2. Duchowicz. — W jaki sposób w obecnych warunkach można prowadzić naukę alkohologji. — P. G. L.
3. Hanke. — Stwierdzenie ilości alkoholu we krwi przy wypadkach kolejowych. — L. K.
4. Łuniewski. — W sprawie liczby narkomanów i ich jakości ustrojowej. — R. P. XXI.
5. Łuniewski. — Dipsomanja. — E. P. K.
6. Łuniewski. — Wpływ alkoholu na poczytalność. E. P. K.
7. Mikulski. — Przypadek ejdetyzmu poalkoholowego. — N. P.
8. Piestrzyński i inni. — Sprawa organizacji walki z alkoholizmem na terenie całego państwa. — P. G. L.
9. Skowroński. — Rozpoznanie upojenia alkoholowego na podstawie oznaczania alkoholu we krwi. — Pr. Lek.
10. Sokolewicz. — Sprawa monopolu środków narkotycznych. — P. G. L.
11. Wirszubski. — Przypadek zatrucia alkoholem metylowym. — M.

V. SAMOBÓJSTWO.

1. Bakalowa. — Zamachy samobójcze w Warszawie. — K. W. i W. Cz. Lek.
2. Babecki. — Ze statystyki samobójstw w wojsku polskiem w latach 1930 — 1932. — L. W.
3. Klęsk. — Samobójstwo a lekarz praktyczny. — Pr. Lek.
4. Lopes. — Samobójstwo w Porto. Cz. S. L.
5. Nelken. — Samobójstwo a pora roku. — R. P. XXI.
6. Nelken. — Samobójstwa w wojsku. — L. W.
7. Tucholski. — Przypadek samobójstwa gazem świetlnym i luminalem. — Cz. S. L.

VI. WIĘZIENNICTWO.

1. Sokołowski. — Nowy zakład poprawczy w Klewaniu. — P.W.P.
2. Romanowski. — Węgierski zakład poprawczy pod Budapesztem. P. W. P.
3. Neymark. — Współczesna rola lekarza w walce z przestępczością. P. W. P.
4. Rabinowicz. — Czy istnieje postęp w dziedzinie więziennictwa etc. — P. W. P.
5. Westerska. — Sprawozdanie ze zjazdu Patronatu. P. W. P.
6. Rabinowicz. — Drogi więziennictwa polskiego. — G. S. W. 1932.
7. Rabinowicz. — Podstawy nauki o więziennictwie.
8. Rabinowicz. — O systemie celkowym w Belgji. — P. W. P.
9. Rabinowicz. — Pojęcie i cel pedagogiki więziennej. — P .W. P.
10. Sokołowski. — Zakłady poprawcze dla nieletnich. — P. W. P.
11. Śliwowski. — O konieczności aplikacji sądowej w więzieniach.— P. W. P.
12. Laos. — Więzienia w Polsce — Cyfry i fakty. — Warszawa.

VII. SPRAWY ZAWODOWE — PARTACTWO LECZNICZE.

1. Bross. — Z kazuistyki błędów lekarskich. — M. P.
2. Cieszyński. — Etyka lekarska dawniej i w czasach obecnych. — P. St.
3. Criticus. — Znachorzy i ich metody rozpoznawczo - kliniczne. M.
4. Czerwiński. — Karno - administracyjna odpowiedzialność lekarzy. — N. S. L.
5. Czerwiński. — Tajemnica lekarska. — N. S. L.
6. Czerwiński. — Zabiegi lekarskie a odpowiedzialność lekarzy na tle K. K. — N. S. L. i G. S.
7. Czerwiński. — Tajemnica lekarska na tle rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej i Kod. Karn. 1932 r. — G. A. P.
8. Czerwiński. — Na marginesie rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej. — G. A. P.
9. Gangel. — Kilka uwag o partactwie leczniczem, uprawianem przez aptekarzy. — P. G. L.
10. H. Higier. — Rola lekarza na terenie sądu i w murach więzienia.— W. Cz. L.
11. Hilarowicz. — Znaczenie ustawodawczego pojęcia praktyki lekarskiej. — L. P.
12. H. W. — Kiła jako choroba zawodowa personelu lekarskiego. — M.

13. Łuszczkiewicz - Nowak. — Odpowiedzialność moralna, cywilna i karna położonej w jej zawodzie. — P.
14. Maurer. — Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego. — P.
15. Markowska - Rutkowska. — Konsekwencja artykułu dr. Maurera „Akuszerki w świetle swego zawodu" etc. — P.
16. Mączewski. — W sprawie artykułu dr. Maurera „Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego". — P.
17. Nusbaum. — Zarys etyki lekarskiej.
18. Śliwińska. — W odpowiedzi na artykuł „Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego". — P.
19. Weinberg. — W sprawie wynagrodzenia dla lekarzy sądowych. L. P.
20. Wajkorowski i J. K-a. — Ustawa o praktyce lekarskiej. — L. P.

VIII. ORZECZNICTWO — NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY CHOROBY ZAWODOWE.

1. Adamczak. — Niezdolność do pracy oraz sposób jej oceny na tle obowiązujących ustaw i orzeczeń. — P. U. S.
2. Alkiewicz. — O stygmatach zawodowych maszynistów kolejowych. — L. K.
3. Fidler. — Statystyka przyczyn zgonów ubezpieczonych w Z.U.P. U. w Warszawie. — P.U.S.
4. Grzybowski. — Podstawy orzecznictwa dermatologicznego. — Cz. S. L.
5. Karaffa - Korbutt. — Ogólna higjena pracy. — str. 350.
6. Lauber. — Jaglica a zdolność do pracy. — P. T.
7. Melanowski. — Ocena niezdolności do pracy w chorobach ocznych. — W. L.
8. Melanowski. — Orzecznictwo w chorobach i uszkodzeniach narządu wzroku. — K. O.
9. Natanson.—Orzecznictwo ginekologiczne i położnicze.—Cz.S.L.
10. Nowakowski. — Wyniki zgłaszania chorób zawodowych w Polsce za pierwsze 4 lata. — Z.
11. Pawelska. — Nieszczęśliwe wypadki przy pracy a młodociani. — Z. Dr.
12. Turkus - Sterlingowa. — Czy wyłuszczenie gałki ocznej, dotkniętej gruźlicą, może być przyczyną ogólnej gruźlicy prosówkowej. Kw. Kl.

13. Werlicki. — Nieszczęśliwe wypadki przy pracy w l. 1925 — 1930. — P. U. S.
14. Zembrzuski. — Orzecznictwo w schorzeniach chirurgicznych. — Cz. S. L.

IX. CHOROBY — ŚMIERĆ.

1. Achmatowicz. — Analiza 32 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy. — P. W. L. R. IX.
2. Bregman. — O ropniach mózgu pourazowych późnych: ropień mózgu wywołany przez prątek okrężnicy. — N. P.
3. Brzezicki. — Więź ustroju a udar mózgowy. P. G. L.
4. Chodkowski i Tiffelt. — Z kazuistyki krwawień śmiertelnych. — M. i P. G. L.
5. Chrzanowski. — Przypadek tętniaka serca. — M.
6. Krewer. — O przedziurawieniu wrzodu żołądka i dwunastnicy — P. G. L.
7. Fejgin, Rozenberg, Płonskier. — Przypadek tętniaka tętnicy szyjnej wspólnej. — M.
8. Frydman i Achmatowicz. — W sprawie ostrych schorzeń trzustki. — M.
9. Golbfisz. — Nagła śmierć sercowa wskutek migotania komór i jej zwalczanie. — T. N.
10. Gerhardt. — Przypadek rozszczepu kanału mózgowo - rdzeniowego i przepukliny pępowinowej. — P. G. L.
11. Helwig i Polak. — Przypadek przepukliny przeponowej. — P. G. L.
12. Kowenicki. — ,,Diagnosis morbi coram periculo in mora" wśród ostrych zachorzeń narządów jamy brzusznej etc. — W. L.
13. Kiełanowski. — Trzy przypadki sekcyjne śmiertelnego zakrzepowego zatoru tętnicy płucnej. — P. G. L.
14. Ostrowski. — O t. zw. ,,ostrem obrzękowem schorzeniu trzustki" — M.
15. Obstländer. — Objawy późne w przypadku ukrytego rozszczepienia kręgosłupa. — P. G. L.
16. Pruszczyński. — Przypadek krwotocznego zapalenia opony twardej. — M.
17. Skłodowski i Trojanowski. — Przypadek tętniaka aorty. — M.
18. Ungar. — O zaczopowaniu tętnic wieńcowych serca. P. A. M. W.
19. Zawodziński. — Przypadek śmiertelnego krwotoku po okresie przekwitania. — M.
20. J. Zambrzycki. — Adams - Stocks po przestrzeleniu serca. — P. G. L.

X. USZKODZENIA CIAŁA.

1. Alrozowski. — Przypadek do kazuistyki ciał obcych cewki moczowej. — L. W.
2. Achmatowicz. — Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza. — P. G. L.
3. Borowiecki. — Urazy czaszki w świetle materjału Klin. U. P. — L. K.
4. Bang i Skrzypek. — Złamanie kości ramieniowej przy rzucie granatem. — L. W.
5. Ciszkiewicz. — Złamanie i zniekształcenie miednicy. — L. W.
6. Dżułyński. — O mechaniźmie powstawania obrażeń pośrednich mózgu w szczególności t. zw. contre - coup. — P.G.L.
7. Horwath. — Wstrząśnienie mózgu. T. N.
8. Horowitz. — Uszkodzenia i śmiertelne przypadki w boksie oraz ich ocena sądowo - lekarska. — P. W. T. L.
9. Kielanowski. — Igła do szycia w worku osierdziowym i t. d. — P. G. L.
10. Modrzejewski. — Trzy przypadki urazowego pęknięcia śledziony. — P. P. Ch.
11. Nowacki. — Przypadek wędrującego pocisku w jamie czaszkowej etc. — P. G. L.
12. Ostrowski. — O przepuklinach brzusznych pooperacyjnych. — P. P. Ch.
13. Ostrowski. — W sprawie rozpoznawania i leczenia obrażeń czaszki. — M.
14. Plewniak. — Przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka i t. d. P. P. Ch.
15. Rasolt i Kiciński. — Przypadek pęknięcia tętnicy głównej. — M.
16. Roguski. — Przypadek tętniaka urazowego prawej tętnicy podobojczykowej. — P. G. L.
17. Roguski. — Przypadek uszkodzenia ciała, wywołanego promieniami Rentgena. — M.
18. Skrzypek. — 6 przypadków złamań kości ramieniowej przy rzucie granatem ćwiczebnym. — P. G. L.
19. Sciesiński. — W sprawie t. zw. medionecrosis aortae etc. z przypadku wygojonego pęknięcia tętnicy głównej. — M. D. S.
20. Tumidalski. — Przypadek ciała obcego w pęcherzu i t. d. — P. G. L.
21. Wacek. — Kilka uwag o samouszkodzeniach oczu w związku ze sprawami sądowemi. — L. W.
22. Zion. — Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w gałce ocznej. — L. K.

XI. OTRUCIA.

1. Abramowicz. — Przypadek bliznowatego zwężenia gardzieli oraz całkowitego zarośnięcia przełyku po otruciu ługiem, wyleczony za pomocą elektrokoagulacji. — M.
2. Berger, Kaczko, i Krakowski. — Trzy przypadki zatrucia wstawkami z metalu nieszlachetnego. — K. D.
3. Boguszewska. — Niebezpieczeństwo czteroetylku ołowiu. — Z.
4. Becker. — Analiza preparatów o składzie nieznanym. — L. W.
5. Borysowicz. — W sprawie przewlekłego zatrucia dwusiarczkiem węgla. — P. G. L.
6. Dekański. — Patogeneza i klinika zatrucia fosgenem. — P. G. L.
7. Dekański. — Klinika i terapja ostrych zatruć tlenkiem węgla.— L. W.
8. Fedorowski. Zatrucie karbolem i jego leczenie. — T. W.
9. Jaroszewicz. — Przypadek srebrzycy ogólnej. — M.
10. Klinger. — Zejście śmiertelne po salvarsanie. — N. L. i P. G. L.
11. Kwazebart. — O śmierci nagłej po wlewaniach przetworów arsenobenzolowych. — M.
12. Kołodziej. — Zwalczanie ołowicy w zakładzie tlenku cynku w Brzezinach Śl. — W. Cz. L.
13. Łukaczewski. Przypadek zatrucia somnifenem. — W. Cz. L.
14. Machniewicz. — Patogeneza i patologja zatruć gazami bojowemi. — P. G. L.
15. Mienicki i Krzywobłocki. — Przypadek nadwrażliwości na chininę etc. — P. D.
16. Mienicki i Krzywobłocki. — Przypadek przewrażliwości na chininę etc. — P. G. L.
17. Merenlender. — O bismutowym zatorze tętniczym. — W. Cz. L.
18. Nowakowski. — 600 przypadków znieczulenia rdzennego perkainą. N. L.
19. Olszewski. — Produkcja kwasów solnego i octowego ze stanowiska bezpieczeństwa i higjeny pracy. — str. 120.
20. Obarski. — W sprawie ostrego otrucia nadmanganianem potasu. — L. K.
21. Reicher. — Przypadek wykwitów na skórze po zażyciu luminalu. P. G. L.
22. Szaniawski. — Zatrucie kalomelem. — P. G. L.
23. Smoleński. — O zatruwaniu chininą. — T. N.
24. Schilling - Siengalewicz. — Zarys toksykologji sądowo - lekarskiej. — Część nieorganiczna str. 215.

25. Tucholski. — Śmierć naturalna czy gwałtowna przez otrucie akonityną i atropiną. — P. G. L.
26. Tucholski. — Pobieranie i przesyłanie narządów do badań sądowo - lekarskich. — Cz. S. L. i N. L.
27. Tenenbaum, Szpilfogel i Morgensztern. — O zatruciu arsenowodorem. — W. Cz. L.
28. Wiloch. — Przypadek botulizmu. — M.

XII. CIĄŻA. PORÓD. PORONIENIA — DZIECIOBÓJSTWO.

1. Bentkowski. — Rozmiary główki noworodków donoszonych Zagr. Dąbrowskiego. — P. G. L.
2. Bajewski. — Pęknięcie macicy na podłożu szklistego zwyrodnienia śluzówki macicznej. — N. L.
3. Bajewski. — Gorączka połogowa. — N. L.
4. Beck. — Wskazania położnicze do przerwania ciąży. — Przegl. Akusz. 1933.
5. Boy - Żeleński. — Piekło kobiet. — wyd. 3. str. 136.
6. Erlichówna i Średnicki. — W sprawie rozpoznania stanu delibitas vitae congentae u noworodków. — Gn. Pl.
7. Grzywo - Dąbrowski. — Ciąża. — E. P. K.
8. Grzywo - Dąbrowski. — Dzieciobójstwo. — E. P. K.
9. Grott. — Cukrzyca i ciąża. — M.
10. Grott i Skotnicki. — Spostrzeżenia nad powikłaniem cukrzycy ciążą. — M.
11. Gromadzki. — Pracownia na usługach djagnostyki ciąży. — M.
12. Gubarew i Sielicki. — Środki zapobiegające ciąży i t. d.
13. Graf. — O niedoli kobiecej (w sprawie poronienia) Przegl. Stołeczny.
14. Hurda - Truszkowska. — Reakcja K n o o p a a rozpoznanie wczesnej ciąży. — G. S. 1932.
15. Hirszfeld i Linsert. — Zapobieganie ciąży. — str. 68.
16. Kowalski. — Postępowanie lekarza - praktyka w przypadkach poronienia. — M. P.
17. Lorentowicz. — O sposobach zapobiegania ciąży. — str. 51.
18. Maurer. — O sklejaniu się ujścia zewnętrznego macicy jako przeszkodzie porodowej. — P. G. L.
19. Mincberg. — Nawykowe obumieranie płodu etc. jako wskazania do wykonania cięcia cesarskiego. — W. Cz. L.
20. Newlińska. — O zamartwicy noworodków. — P.
21. Perl. — O rozpoznaniu pęknięcia macicy i t. d. — Gn. Pl.

22. Ks. S. Podoleński. — O życie nienarodzonych (w sprawie poronień) str. 128.
23. Szlank. — Przypadek donoszonej ciąży pozamacicznej z żywym płodem. — Gn. Pl.
24. Strzelbicki. — W kwestji t. zw. fizjologicznych rozmiękczeń czaszki u noworodków etc. — P. P. 1932.
25. Sobierański. — Przypadek zamknięcia całkowitego pochwy podczas ciąży. — Gn. Pl.
26. Szygewski. — O przedziurawieniach macicy. — M. P.
27. Stöckl — Przyczynki kliniczne i doświadczalne do przyśpieszonej próby ciążowej i t. p. — N. L.
28. Szlapekówna — Połogowe zakażenie. P. G. L.
29. Urzędowski. — Zapalenie otrzewnej u płodu. — Gn. Pl. 1932.
30. W obronie upadłej kobiety. — str. 226.
31. Wachholz. — O przerwaniu ciąży w świetle ustaw od czasów najdawniejszych. — P. G. L.
32. Weinberg. — Kilka uwag o spędzeniu płodu. L. P.
33. Walczak. — Rzadki przypadek rozległych znamion macierzystych u noworodka. — Gn. Pl.
34. Wierzbicki. — Statystyka poronień za okres czasu od 1924 do 1931 r. (Sosnowiec) — P. G. L.
35. Wierzbicki. — Poronienie jako zagadnienie społeczne. — P.G.L.

XIII. ŻYCIE PŁCIOWE — CHOROBY WENERYCZNE MAŁŻEŃSTWO.

1. K. Bujniewicz. — Dystrophia suprareno - genitalis. — P. G. L.
2. Dębski. — Przypadek obojniaka prawdziwego etc. — P. G. L.
3. Grzywo - Dąbrowski. Błona dziewicza. — E. P. K.
4. H. — Prawo małżeńskie a konkordaty. — G. S. W.
5. H. P. — Sterylizacja a prawo karne. — A. K.
6. S. Higier. — Wytrysk przedwczesny, jego istota, postaci kliniczne i leczenie. — W. Cz. L.
7. Janiszewski. — Projekt nowego prawa małżeńskiego ze stanowiska higjeny społecznej. — L. P.
8. Kuligowska. — Bezpłodność kobieca i jej leczenie. — Z. R. 1932.
9. Lucius. — Cudzołóstwo w świetle europejskich prawodawstw cywilnych i karnych. — Z. R.
10. Niemiłow. — Biologiczna tragedja kobiety. — str. 192.
11. Parczewski. — Niemoc płciowa u mężczyzn i kobiet. — str. 32.
12. Ryngmanowa. — Zagadnienia seksualne w książce dla dzieci. — Ż. D.

13. Rein. — O impotencji psychogennej. — Prakt. Lek.
14. Siemieńska. — Stan walki z nierządem.
15. Stojnowski i Dębski. — W sprawie obojnactwa prawdziwego u człowieka P. P. Ch.
16. Stojałowski. — Obojnactwo prawdziwe u człowieka. — P. G. L.
17. Stępowski. — Objawy kliniczne okresów przejściowych w życiu kobiety etc. — N. L.
18. Sedlis. — Zagadnienie międzypłciowości i t. d. — P. G. L.
19. Sieńko. — Zagadnienie pożycia małżeńskiego z punktu widzenia eugeniki. — Z. R.
20. Turyna. — Sposoby badania zaburzeń okresów przejściowych w życiu kobiety. — N. L.
21. Wernic. — O bezpłodności u mężczyzn. Z. R.
22. Zaorski. — Przypadek operacji Woronowa. — M.

XIV VARIA — (M. IN. GRUPY KRWI, PRZETACZANIA KRWI)

1. Cwirko - Godycki. — Zarys antropometrji. str. 184. (Lwów).
2. Czortkower. —Ustalenie wieku czaszki. — Polska Stomat.
3. Grzywo - Dąbrowski: — Wachholz. — Medycyna sądowa na podstawie nowego ustawodawstwa — ocena. — M.
4. Grzywo - Dąbrowski. — Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo - lekarska i działów pokrewnych za r. 1932. — Cz. S. L.
5. Grzywo - Dąbrowski. — Sprawozdanie z czynności Z. M. S. Un. Warsz. za rok 1932. — Cz. S. L.
6. Hirszfeld. — W sprawie wykorzystania badań nad grupami krwi dla medycyny sądowej. — P. G. L.
7. Hirszfeld. — Grupy krwi i ich znaczenie dla wymiaru sprawiedliwości. — A. K.
8. Jasielski. — O przetaczaniu krwi. P. L.
9. Krajewski. — Grupy krwi a suchoty płuc. — P. G. L.
10. Kirkiczenko i Kraczkiewicz. — Kalendarz sądowy na r. 1933.
11. Korczakenko. — O organizacji przetaczania krwi na wojnie. — L. W.
12. Łaguna. — Wykluczenie ojcostwa na podstawie biologicznych właściwości A_1 A_2 MN. — P. G. L.
13. Łaguna. — Badanie grupowe krwi w przypadku ciąży bliźniaczej. — P. G. L.
14. Levittoux. — O organizacji przetaczania krwi podczas wojny. — L. W.
15. Miller. — Bibljoteka prawnicza. — wyd. Hösicka.

16. Neyman. — Przetaczania krwi w klinice schorzeń wewnętrznych L. W.
17. Ponikowski. — Sylwety obrończe — ze wspomnień o adwokaturze.
18. Rudzisz. — Informator sądowy. — Warszawa.
19. Zjazd XIII. Psychjatrów Polskich. — A. K.
20. I Kongres Prawników Państw Słowiańskich. — A. K.
21. W. Sieradzki. — Ocena podręcznika medycyny sądowej prof. Wachholza. — P. G. L.
22. Sokołowski. — W kwestji przetaczania krwi na wojnie. — L. W.
23. Szarecki. — O przetaczaniu krwi konserwowanej i transportowanej podczas wojny. — L. W.
24. Sohn. — Odczyn Manujłowa w zastosowaniu do badań sądowo-lekarskich. — Cz. S. L.
25. Wachholz. — Ś. p. Albin Haberda. — P. G. L.
26. Wachholz. — Medycyna sądowa na podstawie nowego ustawodawstwa polskiego. str. 456.
27. F. Zalewski. — Werbowanie dawców krwi. — L. P.

Dr. TADEUSZ KOŁACZYŃSKI asystent Zakładu.

PODEJRZENIE O SAMOBÓJSTWO, ZEJŚCIE ŚMIERTELNE SKUTKIEM POŁKNIĘCIA CIAŁ OBCYCH.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej U.S.B. w Wilnie. Kierownik Profesor dr. Schilling - Siengalewicz).

Jednym ze środków obronnych, któremi rozporządza instynkt samozachowawczy w przyrodzie ożywionej jest symulacja; o ile jednak wśród zwierząt objawia się ona w sposób dla nich nieszkodliwy i mało w obrębie jednego gatunku urozmaicony, to wśród ludzi stwierdzamy niezwykle różnorodną gamę środków, z pomocą których starają się oni uniknąć niektórych przykrych lub niebezpiecznych sytuacyj, jak służby wojskowej, więzienia, lub uzyskać przez symulację lepsze warunki bytu w postaci renty lub jej podwyższenia, lepszej pielęgnacji i odżywiania w więzieniu i t. p. Zależnie od temperamentu i konstytucji psychicznej symulacje mogą być różne jak np. symulacja wad wzrokowych, głuchoty, cukromoczu, krwotoków płucnych, chorób umysłowych i t. p., niekiedy też przedstawiają one mniejsze lub większe niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia i wówczas wkraczają już w sferę t. zw. samouszkodzeń, które w swoich skrajnych formach graniczą z samobójstwem, czego dowodem poczęści może być niżej opisany przypadek.

Najistotniejszą cechą wszelkiej symulacji jest cel, który osobnik symulujący zamierza osiągnąć, a celem tym jest zawsze jakaś korzyść osobista. Wiele z samouszkodzeń jest zadawanych bez takiego celu najczęściej pod wpływem silnego afektu jako demonstracja przeciwko obostrzonym zarządzeniom np. wśród więźniów lub przeciwko okolicznościom zewnętrznym przesadnie ocenianym przez osoby histeryczne (L e e p m a n n, C i s t j a k o w). Często pobudki płyną z podświadomości jako życzenia ukryte (V. N á g e r a), z fanatyzmu religijnego, pobudek żałobnych (T r ö m n e r), z chęci ozdabiania się np. tatuaż, noszenie kolczyków i innych ozdób połączonych z samookaleczeniami, co jest uważane za atawistyczny przejaw srogości naszych dzikich przodków. Najstraszniejsze formy przybierają samouszko-

dzenia wśród osób psychicznie chorych np. zgniatanie gałek ocznych palcami (H a r t m a n n) lub otwarcie jamy brzusznej i wycięcie jelita odłamkiem szkła (B e n e d e k) i tym podobne ciężkie samookaleczenia popełniane pod wpływem urojeń.

W długim szeregu najróżnorodniejszych samouszkodzeń pomieścić możemy również połykanie ciał obcych, które zależnie od ich rodzaju mogą w pewnych wypadkach spowodować konieczność wykonania zabiegu operacyjnego albo też doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Bardzo często jednak ciała obce zostają wydalone z przewodu pokarmowego bez żadnej szkody drogą naturalną. Przypadek dość rzadkiego typu zejścia śmiertelnego po połknięciu większej ilości ciał obcych mamy właśnie możność przytoczyć:

Paweł K. lat 30, przebywający w więzieniu z racji obwinienia o fałszowanie pieniędzy został ukarany dyscyplinarnie w dniu 4.1.1934 r. zamknięciem w celi pojedyńczej na przeciąg 2 tygodni. Kara ta została zastosowana z powodu kilkakrotnych usiłowań więźnia nielegalnego komunikowania się z otoczeniem pozawięziennem. Po kilku dniach wchodzący do celi dozorca spostrzegł więźnia leżącego na podłodze wśród kałuży czerwonego płynu, który przy bliższych oględzinach okazał się barszczem przed kilku dniami wydanym na obiad; więzień chcący imitować krwotok rozlał go po podłodze i sam położył się udając nieprzytomnego.

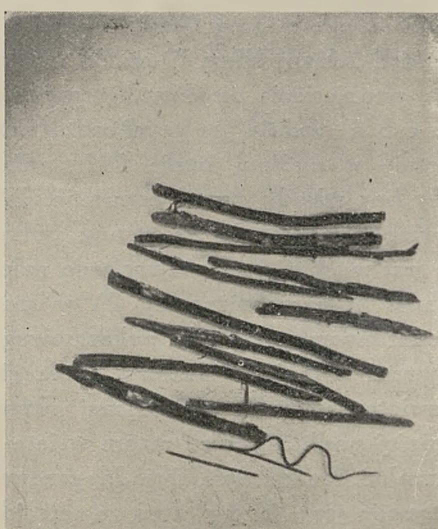
W dniu 11 stycznia zameldował władzom więziennym, że przed tygodniem, to znaczy w dniu zamknięcia w celi połknął w celu samobójczym 12 patyków ułamanych z miotły oraz 5 kawałków drutu wyjętego z pieca, druty te specjalnie pozaostrzał na końcach. Obecnie zaczął odczuwać bóle w okolicy żołądka i to skłoniło go do złożenia meldunku. Lekarz więzienny nie stwierdził żadnej przedmiotowej reakcji bólowej ani innej ze strony narządów jamy brzusznej, a nie miał możności poddania więźnia badaniu rentgenologicznemu. Wobec ujemnego wyniku badania lekarskiego oraz mając na uwadze to, że więzień miał opinję krnąbrnego, skłonnego do koloryzowania i symulacji celem dostania się do szpitala pozawięziennego przypuszczano nową symulację i poddano go obserwacji, pozostawiając nadal w celi.

17 stycznia zaobserwowano wymioty krwawe wobec czego o fakcie powiadomiono prokuratora, a więźnia przekazano natychmiast do najbliższego, wyposażonego w aparat Roentgena szpitala, celem dokładnego zbadania i dokonania ewentualnie zabiegu operacyjnego. Przesłuchany w szpitalu zeznał, że popełnił samobójstwo „dlatego, że w administracji więziennej niema porządku, a dzieci nie mają co jeść“, przyczem nie umiał określić bliżej co uważał za brak porządku w więzieniu. Czynu swego obecnie żałuje.

W karcie choroby odnotowano, że chory przybył 18 stycznia ze skargami na znaczne osłabienie, wymioty krwawe, bóle w obydwu okolicach podżebrowych i niemożność połykania z powodu bólów przełyku, przyczem podał, że oprócz połknięcia patyków i drutu wypił równocześnie wywar z tytoniu i kilkakrotnie potem omdlał! Pierwsze objawy chorobowe w postaci odbijań i śladów krwi w plwocinie pojawiły się po 10 dniach od daty zamachu, a w dwa dni potem wystąpiły obfite wymioty krwawe z omdleniami i czarny stolec. Przy badaniu stwierdzono rozlaną bolesność powyżej poziomu pępka, napięcie

mięśni prostych. Akcja serca przyśpieszona, tętno 128 na min., ciepłota ciała 37,3 C. Następnego dnia wieczorem po przybyciu do szpitala chory zmarł.

Sekcja wykazała, że zmarły był mężczyzną średniej budowy i odżywienia. Plamy pośmiertne skąpe. W dolnej części szyi obrzmienie częściowo przechodzące na okolice nadobojczykowe (najprawdopodobniej struma). Gruczoł tarczowy duży, miękki. Otrzewna pokrywająca żołądek zmętniała, luźno zrośnięta na przestrzeni 10-ciozłotowej monety z lewym płatem wątroby, w dole zaś z okrężnicą poprzeczną i siecią. Otrzewna ścienna i jelitowa niezmienione. Wśród wiotkich zrostów żołądka z okrężnicą znaleziono drut prosty, zaostrzony, długości 6,5 cm. Światło przewodu pokarmowego począwszy od dolnej części przełyku w całej długości wypełnione skrzepami krwi. Błona śluzowa przełyku w okolicy wpustu rozmiękła, smugowato złuszczona, pokryta wybroczynami. Śluzówka żołądka zniszczona na znacznej przestrzeni, z otwartych naczyń daje się wycisnąć fusowata masa w postaci czopków. Przy odźwierniku znajdowało się 12 patyków brzozowych z których najkrótszy mierzy. 11,5 cm. najdłuższy zaś 18 cm., grubość ich nie przekraczała 7 mm. Prócz nich znajdowały się dwa druty, zaostrzone na końcach, jeden z nich prosty długości 6 cm., drugi zgięty w kształcie podwójnej fali mierzył w prostej linji 12 cm. Wszystkie patyki były ustawione poprzecznie i nieco skośnie do osi żołądka i opierały się swemi końcami o krzywiznę małą i dużą, jeden z nich opierał się w miejscu ograniczonego zrostu żołądka z lewym płatem wątroby. Druty leżały swobodnie. Błona śluzowa dwunastnicy i jelita czczego wykazywała znaczne przekrwienie. W zawartości ich były kawałki kory drzewnej.



Nie ulega wątpliwości, że śmierć nastąpiła w tym wypadku skutkiem znacznej utraty krwi z uszkodzonych naczyń śluzówki żołądka; ciekawe jest, że nie doszło do perforacji mimo sprzyjających ku temu warunków. Prostopadłe do ścian ustawienie patyków w części, w której

ruchy żołądka są bardzo żywe i silne, mogło ewentualnie łatwo doprowadzić do przebicia. Wspomniane ustawienie patyków było też główną przeszkodą w ich posuwaniu się do dalszych odcinków przewodu pokarmowego. Przypuszczam, że wystąpienie dolegliwości chorobowych należy odnieść do momentu, kiedy patyki po uprzedniem dłuższem zaleganiu w dnie żołądka, gdzie ruchy są słabe i leniwsze, znalazły się w opisanem położeniu.

Naogół śmiertelne wypadki wskutek połykania ciał obcych są rzadkie. Hasslinger i Lüdecke obserwowali zjadaczy szkła, którzy połykali duże szklanki uprzednio potłuczone na kawałki wielkości 5-markowej monety, popijając dla ułatwienia połykania wodą, a jeden z nich po tak oryginalnym posiłku zażywał pigułki o nieznanym składzie jakoby rozpuszczające szkło; żadnemu z nich nie przyczyniało to szkody. Aszalós opisuje dwa wypadki połknięcia dużej ilości ciał obcych, w jednym z nich gwoździe do długości 5,7 cm. zostały wydalone drogą naturalną w przeciągu 6 dni w ilości 24 sztuk, zaś drut długości 13 cm. i gwóźdź żelazny dług. 11 cm. wydobyto drogą operacyjną z dwunastnicy po 10 dniach od daty ich połknięcia, przyczem przy badaniu stolca nie stwierdzano obecności krwi. W drugim wypadku odłamki kaloryfera i gwoździe w ilości 73 sztuk zostały stopniowo wydalone w ciągu trzech miesięcy. Operacyjnie zaś usunięto z żołądka pozostały tam jeszcze trzonek łyżki długości 11,5 cm. i z okrężnicy wstępującej gwóźdź żelazny dług. 8 cm. W tym wypadku stwierdzano krew w stolcu, podniesienie ciepłoty i drgawki (chory przechodził katalepsję). Fuchs podaje, że psychopata cierpiący na padaczkę połknął 25-ciokrotnie w ogólnej sumie 391 różnych przedmiotów i wszystkie odeszły bez szkody drogą naturalną. Z powyższego widać, że bezpośrednie niebezpieczeństwo ze strony połkniętych ciał obcych nawet ostrych nie jest wielkie, a przyczyny tego należy szukać: 1) w osłaniającem działaniu treści pokarmowej, 2) w specjalnem fizjologicznem urządzeniu ochronnem przewodu pokarmowego, które polega na tem, że pod wpływem dotknięcia śluzówki przez ciało obce występuje w tem miejscu zwiotczenie warstwy mięsnej okrężnej i równoczesny skurcz warstwy mięśni podłużnych co razem wzięte powoduje skrócenie i zarazem maksymalne rozszerzenie światła przewodu pokarmowego oraz pewne zwiotczenie jego ściany, a co za tem idzie mniejszą podatność na uraz. Powyżej miejsca zadrażnionego występuje skurcz mięśni okrężnych przesuwający ciało obce do dalszych odcinków, w których występuje odruch analogiczny, automatycznie regulowany przez splot nerwowy podśluzowy Meissner'a. Dzięki tym warunkom przedmioty bryłowate i krótkie przechodzą łatwo, natomiast dłuższe niemogące się dostosować do krętej drogi przewodu pokarmowego ulegają zatrzyma-

niu w miejscach silniej załamanych i obdarzonych małą ruchomością jak np. dwunastnica. Na prawach niejako wyjątkowych znajdują się przedmioty cienkie i ostre jak igły, druty, które z wielką łatwością przy swoich małych rozmiarach mogą przenikać przez ściany i wędrować do różnych narządów jak wątroba, krezka, i inne, albo pozostawać wśród zrostów w jamie otrzewnowej. Połykanie igieł jest stosowane zwłaszcza przez kobiety obarczone histerją w celach samobójczych, z tym jednak skutkiem, że zamiast do zamierzonej śmierci prowadzi je to do lekarza z prośbą o operacyjne usunięcie wynikłych z tego dolegliwości.

Zejście śmiertelne może wyniknąć czasem z bardzo drobnego i powierzchownego uszkodzenia śluzówki — i tak pewien cyrkowy połykacz mieczy zadawszy sobie przypadkowo drobną rankę przełyku zmarł wkrótce skutkiem gangreny płuc i ropnego zapalenia opłucnej (F a l t a i I n c z e). Znany jest również wypadek zranienia aorty przez połknięcie ostrego przedmiotu. (A s c h o f f). W. F e l c z Zakładu Med. Sądowej w Warszawie opisał wypadek zejścia śmiertelnego na 4-ty dzień po połknięciu trzonka łyżki dług. 13 cm., który spowodował przedziurawienie dwunastnicy i ropne zapalenie otrzewnej. Autor przypuszcza, że przedziurawienie nastąpiło pod działaniem ciężaru łyżki, ponieważ znajdowało się ono w miejscu, o które musiał się opierać skierowany ku dołowi tępy koniec trzonka. Okoliczności tego wypadku były bardzo zbliżone do opisanego przez nas, a mianowicie połknięcie łyżki miało miejsce również zaraz po ukaraniu więźnia zamknięciem w celi pojedyńczej.

Pomijając wszelkie inne wypadki, połykanie różnych przedmiotów bywa uprawiane przedewszystkiem przez więźniów jak już wspomniałem w celach symulacji, albo jako demonstracja przeciwko obostrzonym zarządzeniom, przyczem przypadki te mogą uchodzić za zamachy samobójcze. Cały szereg publikacyj na ten temat zgodnie podnosi, że zawsze chodzi tu o osobników psychopatycznych, przesadnie reagujących na wszelkie podniety, impulsywnych, o nierównem usposobieniu. I nasz wypadek nie odbiega od tego schematu, na co nie trzeba nawet zwracać specjalnej uwagi, gdyż zachowanie więźnia, naiwne umotywowanie zamachu mówią same za siebie. Wynik sekcji zdaje się potwierdzać nasze przekonanie i wskazuje, że nierównowaga psychiczna denata miała swe źródło między innemi i w zaburzeniach wewnętrznego wydzielania mianowicie tarczycy ,wybitnie wpływającej na stany emocjonalne.

Biorąc pod uwagę uprzednie usiłowania zmylenia czujności władz więziennych, scenę z rozlaniem barszczu i udawaniem nieprzytomności należy przypuścić, że nie mieliśmy tu do czynienia z samobójstwem, ale raczej z samouszkodzeniem w celu przeniesienia do szpitala, skąd była łatwiejsza możność skomunikowania się z otoczeniem.

Na zakończenie niniejszego opisu chciałbym przytoczyć wypadek opisany przez E. Trojana, ciekawie ilustrujący jak w pewnych okolicznościach wprowadzone do przewodu pokarmowego ciała obce mogą posłużyć dla oskarżenia osób z otoczenia o uszkodzenie ciała. W wypadku tym 18-letni, o ograniczonej inteligencji robotnik oskarżył chlebodawcę o złamanie kości krzyżowej przez kopnięcie w okolicę odbytu, skutkiem czego jakoby poczęły się z kiszki stolcowej wydzielać sekwestry kostne. Po bliższem zbadaniu okazało się, że w kale wymienionego znajdują się podobne na pierwszy rzut oka do sekwestrów kostnych kawałki łupiny, którą symulant jakoby musiał się odżywiać z powodu głodzenia go przez chlebodawcę.

Kwestja zwalczania symulacji i samouszkodzeń stała się zwłaszcza obecnie przy coraz większym rozwoju ubezpieczeń społecznych sprawą palącą i jak dotąd czeka jeszcze definitywnego rozstrzygnięcia.

Materjał do niniejszej publikacji zaczerpnęliśmy z aktów dochodzeń Prokuratury Sądu Okręgowego w Równem Wołyńskiem, przesłanych nam z inicjatywy Pana Podprokuratora W. Kobusiewicza. Zakład Medycyny Sądowej U.S.B. w Wilnie pozwala sobie złożyć na tem miejscu Panu Prokuratorowi uprzejme podziękowanie za nadesłany materjał naukowy, który przyczynia się do wzbogacenia polskiej kazuistyki sądowo - lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO:

Leppmann F. Zur Beurteilung der Selbstbeschadigungen bei Gefangenen. Deutsche Zeitschr. f. g. g. Med. Bd. VI. 1926. S. 430. — Hartmann H. Ein weiterer Beitrag zur Selbstblendungsfrage. D. Z. f. g. g. Med. Bd. VI. 1926. Ref. S. 231. — Nürnberg. Selbstverstümmlung zur Erziehung von Haftunfalligkeit oder von persönlichen Vorteilen in Strafanstalten. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XXII. 1931. Orig S. 431. — Falta L., I. Incze. Todesfall beim Schwertschlucken. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XVII. 1931. Orig. S. 484. Trojan E. Fremdkörper im Mastdarm vom Gesichtspunkte der gerichtl. Medizin. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XI 1928. Ref. S. 159. — Mönnich A. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XI. 1928. Ref. S. 188. — Aszalós. Zwei glücklich verlaufene Fälle von in grosser Anzahl verschluckten Fremdkörper. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XIV. 1929. Orig. S. — Hasslinger. Ist der Genuss von Glassplittern gesundheitsschädlich? D. Z. f. g. g. Med. Bd. XV. 1930. Ref. S. 119. — Cistjakow N. Über künstlich hervorgerufene chirurgische Krankheiten und Gliederverletzung unter Sträflingen. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XV. 1930. Ref. 119. — Fuchs A. Zur Kenntnis der Fremdkörperschlucker. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XV. 1930. Ref. S. 182. — Lüdecke. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XVI. 1931. Ref. S. 95. — Hesse E. Die chirurgische und gerichtlichmedizinische Bedeutung der künstlich hervorgerufenen Erkrankungen. D. Z. f. g. g. Med. Bd. VI. 1926. — Hellstern E. P. Künstlich erzeugte Krankheitserscheinungen. D. Z. f. g. g. Med. Bd. VII 1926. Orig. S. 442. — Trömner E. Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung. D. Z. f. g. g. Bd. VII. 1926. Ref. S. 672. — Hirsch L. Neuere Erfahrungen über Selbstbeschädigung von Untersuchungsgefangenen. D. Z. f. g. g. Med. Bd. IX. 1926

Orig. S. 40. — Vallejo Nágera A. Über den psychologischen Mechanismus der Symulation und der Begehrneurosen. D. Z. f. g. g. Med. Bd. IX. 1926. Ref. S. 254; Tenże autor Über den psychologischen Mechanismus der Simulation und Wunschneurose. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XI. 1928. Ref. S. — Benedek L. Beitrag zur ausserordentlichen Brutalität der Selbstverstümmelung bei Geisteskranken. D. Z. f. g. g. Med. Bd. IX. 1926. Ref. S. 528. — Liebers Margarete. Siebenmalige Laparatomie eines Psychopathen wegen Fremdkörper im Magendarmkanal. D. Z. f. g. g. Med. Bd. XI. 1928. Ref. S. 71. — Vierling. Ein Fall von Simulation. D. Z. f. g. g. Med. Bd. VI. 1926. Ref. S. 687. — Di Tullio B. Sulla pazzia e sulla simulatione della pazzia nelle carceri. D. Z. f. g. g. Med. Bd. V. 1926. Ref. S. — Beck A. Podręcznik fizjologji. Warszawa 1924. — Felc W. Zejście śmiertelne jako następstwo połknięcia łyżki. Czasop. Sąd. Lek. Nr. 3. 1932 r. — Aschoff L. Pathologische Anatomie Bd. II. Jena 1919 IV. Auflage. S. Verdaungsorgane. — Wachholz. Medycyna sądowa. Warszawa 1933.

T. KOŁACZYŃSKI.

UN CAS DE MORT À LA SUITE DE LA DÉGLUTITION DES CORPS ÉTRANGERS — SUICIDE?

(Resumé).

Un prisonnier, enfermé dans une cellule ou il restait isolé, avala dans le but de suicide 12 morceaux de bois de bouleau de longueur de 11,5 à 18 ctm. et 5 fragments de fil de fer de 6 — 12 ctm. de longueur. Au bout de 12 jours apparut le vomissement, accompagné le la syncope; la mort survint deux jours après.

L'autopsie démontra une hypertrophie bien prononcée de la thyroide. Le péritoine au niveau de l'estomac présentait des brides de tissu conjoctif lâche qui le reliaient aux organes avoisinants. Dans ce tissu parmi les adhésions on a trouvè au niveau du colon un morceau de fil de fer de 6,5 ctm. de longueur. Dans la partie pylorique de l'estomac on découvert tous les morceaux de bois ainsi que deux morceaux de fil de fer. La muqueuse de l'estomac était détruite sur une étendue assez grande; les vaisseaux sanguins étaient ouverts ça et là. On n'a pas constaté de pefroration. Tout le tube digestif, était rempli de sang. On suppose que le cas ci — décrit ne concerne pas le suicide dans le vrai sens du mot, mais que la mort était la conséquence de l'automutilation, produite dans le but de se faire transporter à l'hôpital, car cet individu avant d'accomplir son attentat essayait maintes fois de tromper la vigilance des gardiens; il était enclin à la simulation dont la preuve nous a été donnée par ce fait qu'il feignait une hémorragie et une perte de connaissance, ce qui ne lui a pas d'ailleurs réussi.

Le décédé était un psychopathe ce qui d'ailleurs a presque toujours lieu dans les cas des automotilations.

Dr. TADEUSZ KOŁACZYŃSKI.

CZY URAZOWY KRWOTOK WŚRÓDCZASZKOWY?

(Z Zakładu Medycyny Sądowej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Profesor Dr. S. Schilling - Siengalewicz).

Przypadki krwotoków mózgowych, zwłaszcza u osobników młodych, mogą częstokroć nasuwać podejrzenie czynu karygodnego. W niektórych przypadkach ekspertyza sądowo - lekarska w tym kierunku może być tem bardziej trudna, że urazy tępe, zadane w okolicę głowy — jak z piśmiennictwa wynika — nie zawsze muszą pozostawić wyraźne zmiany anatomiczne w powłokach czaszkowych.

Obserwacja przypadków urazowych krwawień wśródczaszkowych, powstałych pod działaniem urazów tępych poucza, że umiejscawiają się one głównie podoponowo lub międzyoponowo, przytem prawie zawsze w miejscu biegunowo przeciwnem temu, w którem zadziałał uraz (contre-coup). Zmiany natomiast w mózgu w najbliższem sąsiedztwie działania urazu są zwykle słabiej zaznaczone lub też są niewidoczne.

W tkance mózgowej ślady obrażeń występować mogą pod postacią ognisk stłuczeniowych, leżących najczęściej powierzchownie w warstwie korowej i rdzeniowej, przyczem mogą mieć one wygląd drobnych wybroczyn lub większych ognisk krwotocznych przeważnie nieprzekraczających wielkości wiśni. Częstość tego właśnie rodzaju umiejscowienia śladów obrażeń w mózgu potwierdzają liczne spostrzeżenia — zwłaszcza ostatnio w łączności z uszkodzeniami w czasie boksu i piłki nożnej.

Mimo rozległych nawet krwotoków mózgowych powłoki czaszkowe i sama czaszka mogą niewykazywać zmian świadczących o zadziałaniu urazu. W tym kierunku niezmiernie ciekawe przypadki cytują M e i n t i W e r k g a r t n e r. W przypadku Meint'a (cyt. wedle Koopmana) dziewczynka 11-letnia w czasie zabawy została uderzona śnieżką w głowę. Poza nieznacznym bólem głowy nie było innych objawów — następnego dnia w pół godziny po obiedzie przy złem samopoczuciu nagle zmarła. Sekcja wykazała rozległy krwiak podoponowy, liczne wybroczyny w lewym płacie potylicznym i dość duży krwiak w lewym haku (un-

cus) bez żadnych innych zmian patologicznych w organiźmie; autor uważa, że w danym przypadku krwotok wśródczaszkowy był prawdopodobnie zależny od wyjątkowo delikatnej budowy naczyń.

W e r k g a r t n e r opisał przypadek podłużnego pęknięcia niezmienionej chorobowo tętnicy oponowej, przyczem uraz nie zostawił żadnych śladów na powłokach miękkich ani twardych czaszki.

Drugi rodzaj zmian urazowych w mózgu, to większe i głębiej w tkance mózgowej umiejscowione ogniska w postaci jam wypełnionych krwią, które dawniejsi autorowie (Z a a i j e r, B a r d e l e b e n i in.) uważali za wyraz pęknięć tkanki mózgowej w warstwach bezpośrednio urazem niedotkniętych, jednak podlegających wstrząsowi. Pęknięcia takie według tych autorów mogły powstawać w zupełnie zdrowej tkance mózgowej, a następnie wylewała się krew do wytworzonej przestrzeni z przerwanych przytem naczyń. Obecnie, w myśl zapatrywań Kolisko i innych badaczy, należy w podobnych przypadkach doszukiwać się przyczyn powstawania takich ognisk w ogólnych lub miejscowych zmianach naczyniowych, albo w schorzeniach tkanki mózgowej.

Według K o l i s k o nigdy nie spotyka się większych jam krwotocznych w mózgu, o ile układ naczyniowy danego osobnika z tych czy innych, ogólnych lub miejscowych przyczyn nie stał się na uraz podatniejszym. Dlatego też K o l i s k o uważa, że jamy krwotoczne w głębi tkanki mózgowej powstają tylko skutkiem rozepchnięcia tejże przez wylaną z pękniętego naczynia krew, bez powstania pierwotnego pęknięcia substancji mózgowej.

Okres czasu jaki upływa od chwili urazu do powstania ostatecznych rozmiarów wylewu znajdywanego ewentualnie na sekcji jest różny; trwać on może od kilku minut lub godzin do kilku dni, nawet tygodni i więcej. Szybkość powstawania wylewu krwawego zależna jest od stopnia uszkodzenia naczynia krwionośnego, od ciśnienia krwi i czynników naczynioruchowych, ulegających zmianom pod wpływem samego urazu.

Ostatnio niektórzy badacze twierdzą, że przez uraz czaszki niezależnie od krwotoku, może powstawać pęknięcie niezmienionej chorobowo tkanki mózgowej w warstwach głębszych.

Kwestja ta, oparta na niewielkiej ilości przypadków nie może być jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Inne zmiany urazowe w mózgu pomijam jako nie mające bezpośredniego znaczenia przy omawianiu opisywanego tu przypadku, tyczącego się również krwotoku mózgowego, któremu uległ młody mężczyzna w czasie gimnastyki; przedstawia się on następująco:

Uczeń szkoły rzemieślniczej St. P. lat 20 o godzinie 12-ej w południe odbywał szkolne ćwiczenia gimnastyczne (ruchy rąk, nóg, tułowia i bieg połączony z grą w piłkę). Po 10 minutach tych ćwiczeń poskarżył się na ból głowy

i został natychmiast z ćwiczeń zwolniony. W kilka minut potem zaczął wymiotować, silnie zbladł, wreszcie stracił przytomność i upadł z oznakami sinicy i pianą na ustach.

W godzinę po wypadku dostarczono go do szpitala w stanie zupełnej bezprzytomności. W szpitalu wystąpiły powtórne wymioty. Badaniem klinicznem stwierdzono zniesienie odruchów, ciepłota ciała 38,2 — tętno niemiarowe, silnie napięte 96 na min. Ciśnienie krwi 155 mm. Hg. Źrenice zwężone, objawów oponowych brak. W moczu wykryto ślad białka i 1,3% cukru gronowego. W czasie obserwacji w szpitalu zaznaczał się stale postępujący obrzęk płuc, sinica i upadek czynności serca. Następnego dnia o godz 10,30 wystąpił nagły skurcz mięśni brzusznych i chory zmarł nie odzyskawszy przytomności. Klinicznie rozpoznano — Coma apoplecticum.

Dokonana na wniosek prokuratora sekcja zwłok (Protokul sekc. L. 21/33 rok) wykazała następujące szczegóły:

Zwłoki dobrze zbudowanego i odżywionego mężczyzny, nie wykazują żadnych obrażeń zewnętrznych. Powłoki czaszkowe tak po zewnętrznej jak i wewnętrznej stronie, oraz sklepienie i podstawa czaszki, badane po zdjęciu opony twardej nieuszkodzone. Opony mózgu napięte, zwoje mózgowe wygładzone. Opona miękka nad prawą półkulą mózgową wyraźnie przekrwiona. Na podstawie czaszki i w tylnym dole czaszkowym spora ilość ciemnej, płynnej krwi. W lewej półkuli móżdżku znajdowało się ognisko krwotoczne wielkości orzecha włoskiego, leżące obwodowo tuż pod oponą miękką i drążące lejkowato wgłąb. W jego otoczeniu były rozsiane liczne, drobne wylewy krwawe i takież pojedyncze w rdzeniu przedłużonym i na dnie IV komory. Opona miękka nad ogniskiem częściowo zniszczona i przerwana. Na opłucnej wynaczynionki krwawe, a w płucach ogniska zachłystowe. Mięsień sercowy przerosły, serce o wymiarach 10 na 11 cm., grubość ściany lewej komory 2 cm. Śródsierdzie, zastawki i błona wewnętrzna aorty niezmienione. Narządy jamy brzusznej o budowie i wyglądzie prawidłowym. Trzustka wyraźnie nadgniła.

W moczu pobranym ze zwłok poza śladem białka i cukrem gronowym żadnych innych patologicznych składników nie wykryto.

Zbadana mikroskopowo tkanka mózgowa z otoczenia ogniska krwotocznego wykazywała prawidłową budowę i układ warstw komórkowych. W otoczeniu naczyń mózgowych nie stwierdziliśmy żadnych zmian histologicznych. Miąższ nerek usiany był licznemi, smugowatemi wybroczynami krwawemi w otoczeniu zupełnie niezmienionych kłębków i kanalików, co odnosimy do zaburzeń naczynioruchowych, powstałych w czasie wylewu mózgowego. Tłómaczenie tego rodzaju potwierdzają również spostrzeżenia anatomopatologów.

Cukromocz w danym przypadku uwarunkowany był niewątpliwie uszkodzeniem dna IV komory przez opisane w obrazie sekcyjnym wybroczyny, a przytem być może podrażnieniem przez ognisko krwotoczne czuciowego ramienia łuku odruchowego dla wydzielania cukru. (Według przypuszczeń F. H. Lewy'ego łuk odruchowy — ramię czuciowe — dla wydzielania cukru ma przechodzić poprzez tylne i boczne drogi czuciowe w ciałach powrózkowatych i przez półkule móżdżku). Stwier-

dzony nieznaczny przerost mięśnia sercowego można uważać za skutek uprawiania sportów. W trzustce mikroskopowo znaleźliśmy tylko zmiany pośmiertne.

W omawianym przypadku, biorąc pod uwagę, że ognisko krwotoczne było dość znaczne i umiejscowione względnie głęboko w tkance mózgowej, mogliśmy przyjąć, że tłem dla jego powstania była jakaś zmiana patologiczna miejscowa, gdyż nie stwierdziliśmy żadnych schorzeń ogólnych jak choroby wątroby, nerek, miażdżycy, zatrucia, choroby przemiany materji, choroby krwi i innych, któreby mogły powodować zmiany w naczyniach. Zaznaczyć również należy, że przy ogólnych schorzeniach, uspasabiających do krwotoków mózgowych — w razie urazu czaszki — powstają one najczęściej w miejscach powstawania krwotoków samoistnych, a więc najczęściej w torebce wewnętrznej i w jądrach podstawowych mózgu. W naszym więc przypadku zmiana anatomiczna, dająca powód do krwotoku musiała być ściśle zlokalizowana, to jest w miejscu jego powstania.

Przy niezwykłem umiejscowieniu krwiaka Aschoff zaleca poszukiwania za glejakiem, który może ulec całkowitemu zniszczeniu i sprawa przedstawia się wówczas jako zwykły krwiak. Być może, że z takim właśnie przypadkiem mieliśmy do czynienia, mimo że badanie histologiczne nie wykryło tkanki nowotworowej.

Wywiadem ustalono, że denat na kilka miesięcy przed śmiercią doznał raz silnego osłabienia i zawrotu głowy. Być może, że był to szczegół mniej ważny — nie wyklucza jednak przy rozpatrywaniu całości przypadku, że był on objawem sprawy chorobowej, toczącej się w móżdżku.

Czy mieliśmy zatem do czynienia w danym przypadku z urazem czaszki trudno jest rozstrzygnąć — nie jest jednak wykluczone, że mógł on mieć miejsce, był jednak nieznacznego natężenia i nie pozostawił śladów na powłokach czaszkowych.

Przypadek nasz należy do dość rzadkich, może nasunąć pewne trudności w ocenie i dlatego też został tu przytoczony.

PIŚMIENNICTWO:

1) Aschoff L. — Pathologische Anatomie. Berlin 1923. 2) Hämälainen M.— Über den Entstehungsmechanismus der Hirnrupturen auf Grund eines Falles von zentral. Ruptur. Deutsche Zeitschr. f. d. gesammte gericht. Med. Bd. XIII 1929. S. 332 — 336. 3) Hellenthal E. — Über das Zustandekommen, die Häufigkeit und die Lokalisation der Contrecoup - Verletzungen des Gross- und Klein-hirns. Zeit. f. d. ges. ger. Med. Bd. XXI. 1933. S. 231—251. 4) Horowitz D. — Uszkodzenia i śmiertelne przypadki w boksie, oraz ich ocena sądowo - lekarska. Wilno 1933. 5) Karsch J. — Zertrümmerung des Balkens im Gehirn ohne Schädelbasisfaktur. Ein Beitrag zur Entstehungsursache der Gehirnzerreissung. Frankf.

Z. Path. 42. S. 375—383. (1931). D. Zeit. f. d. g. g. Med. Bd. XIX. 1932 .S. 299. 6) Kolisko A. — Über Gehirnruptur. Beitrage zur gericht. Medizin Bd. I 1911 S. 17—37. 7) Werkgartner A. Subdurale Blutungen aus verborgener Quelle. Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. V. 1922 S. 191 — 211 (Zeitschr. f. d. g. g. Med. Bd. II. 1923. Ref. Teil. S. 698). 8) Meint F. — Zur Frage des Hirntraumas und seiner tödlichen Folgen. Monatschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 33. Nr. 7. S. 158 160 1926. (D. Zeitschr. f. d. g. g. Med. Bd. IX 1927. S. 324). 9) Kaufmann E. Spezielle pathologische Anatomie. Berlin u. Leipzig 1922. 10) Lewy F. H. — Die Oblongata und die Hirnnervenkerne (Reizversuche). Handbuch der normalen u. patholog. Physiologie Bd. X. 1927. Spezielle Physiologie des Zentralnervensystems der Wirbeltiere. S. 194 — 195.

T. KOŁACZYŃSKI.

UN CAS D'HEMORRAGIE INTRACRANIENNE TRAUMATIQUE?

Un jeune homme de 20 ans, bien developpé et qui ne présentait de signes pathologiques fut pris subitement au cours d'une leçon de gymnastique de vomissements, perdit connaissance et mourut quelque temps après à l'hôpital.

L'autopsie, executée à l'ordre du procureur général, n'a pas demontré des lésions externes. Dans l'hémisphire gauche du cervelet on a constaté un foyer l'hémorragique superficiel de la grandeur d'un oeuf de pigeon; la piemère de l'hémisphére droite du cerveau est congestionnée. L'examen microscopique du tissu cérébral et du caillot n'a pas démontré rien de spécial.

On doit supposer qu'un petit gliome, dont le tissus avaient été détruits par le sang épanché, fut la cause de l'hémorragie.

ALEKSANDER LEDNICKI.

PODSTAWY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ LEKARZY.

Powodem, dla którego zająłem się kwestją odpowiedzialności lekarzy w wykonywaniu ich zawodu był Kongres lekarzy i przyrodników w Poznaniu i zgłoszony do Sekcji Medycyny Sądowej referat p. Edwarda Neymarka o oddziaływaniu lekarza na wymiar sprawiedliwości, jako jednego z współczynników tego wymiaru.

Referent uprzejmie zapoznał mnie z treścią swojej pracy przed wyjazdem i rozbudził dawne zainteresowanie i zamiłowanie, odgrzebując w pamięci mojej wspomnienia osobistych doświadczeń i przeżyć.

Nie będzie może zupełną niewłaściwością, jeżeli na wstępie wyznam otwarcie, że lekarzy poznałem w życiu mojem z dwuch stron, jako klientów z mojej adwokackiej praktyki i jako pacjent tych, których zabiegom zawdzięczam zdrowie moje i życie.

Z uczuciem też głębokiego pietyzmu podchodzę do działalności lekarskiej i z uczuciem głębokiej wdzięczności kultywuję wspomnienia nietylko kunsztu lekarskiego, zdolności i talentu, ale także cech charakteru pełnego poświęcenia i zrozumienia roli lekarza w kompleksji zagadnień życia ludzkiego.

Rola, działalność i znaczenie lekarza w społeczeństwie i jego życiu jest tak duża, osobliwa i w skutkach doniosła, że podejście do oceny roli lekarza i jej sprecyzowanie musi być tak różnorodne i wielostronne, jak i zakres pracy lekarza.

Z samej istoty działalności lekarza i jego fachu wypływają ogromne przywileje, jakiemi darzy lekarza państwo, anulując w stosunku do niego przepisy karne, obowiązujące zwykłych obywateli, dlatego też słusznem jest, że z tego wynikać musi i wielka odpowiedzialność lekarza: prawna, karna i cywilna, a także moralna. Stąd powstaje zagadnienie, które nie może nie interesować zarówno lekarza, jak i prawnika, nie może też nie interesować i szerokiego ogółu opinji publicznej, całego społeczeństwa, którego żywotne potrzeby często wchodzą w grę. Z tego też powodu, należąc do bezimiennego tłumu, zdecydowałem się zabrać głos, głos jako koreferent, dorzucając kilka moich uwag.

Zagadnienie, postawione wyżej, zawiera w sobie pytanie: jakie są podstawy i granice odpowiedzialności lekarza przy wykonywaniu jego zawodu. Naturalnie, należy całkiem usunąć z dyskusji wypadki zwykłych przestępstw, które mogą być udziałem rąk lekarza, jako zwykłego obywatela, gdyż w tym przypadku odpowiadałby on w trybie, przepisanym dla wszystkich.

Zupełnie osobliwe miejsce w dziedzinie problemów zawodu lekarskiego zajmuje t. zw. tajemnica lekarska. Zagadnienie to ma ogromną literaturę. Z rozwojem życia społecznego, z modyfikacją pojęć o wzajemnym stosunku państwa do obywateli, tajemnica lekarska nabiera specjalnego znaczenia i wymagałaby osobnego referatu by nie nagromadzać rzeczy ze sobą organicznie nie związanych.

Natomiast dziś obchodzi nas pytanie, kiedy i w jakich warunkach wykonywanie praktyki lekarskiej może przekroczyć granice dozwolone i spowodować sankcję karną; kiedy i w jakich warunkach może powstać konflikt między czynem lekarza, w trakcie wykonywania jego zawodu, a prawem, stojącem na straży życia i zdrowia obywateli; kiedy może wyniknąć konflikt z sumieniem lekarza, którego muszą obowiązywać pojęcia dobra powszechnego, zasady etyki i moralności. Dostatecznie uprzytomnić sobie podstawy prawa karnego i polski kodeks karny, jego artykuły: 230, 235, 236 i 237, by stwierdzić, że każdy czyn chirurga, zawarty w jego zabiegu chirurgicznym, jest przewidzianym w powyższych artykułach czynem zbrodniczym, któremu charakter zbrodni odbiera tylko to, że czyn ten wykonywa lekarz w celu, dla którego przez państwo powołaną jest cała jego działalność. Jakiż jest ten cel? Odpowiedź na to daje sama istota zawodu lekarskiego, t. j. leczenie, to jest ratowanie chorego, zagrożonego w zdrowiu przez kalectwo lub śmierć. Odpowiedź na to daje tak zwana przysięga lekarza, przyrzeczenie lekarskie, które zawiera w sobie sakramentalne wyrazy, że lekarz będzie według najlepszej wiedzy dopomagał cierpiącym. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej z 30 września 1932, ogranicza to prawo lekarza do zabiegu chirurgicznego, wypływające z wiedzy medycznej i choroby pacjenta, jeszcze warunkiem zgody tegoż lub jego prawnego zastępcy, z wyjątkiem przypadków, gdy życiu chorego grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo, a zabieg dokonywany jest poza obrębem zakładu leczniczego (art. 12).

Z powyższego wynika niezbicie następujący wniosek: nóż, użyty na organiźmie ludzkim, przestaje być narzędziem zbrodni, o ile; a) jest w ręku lekarza, b) użyty jest przez niego w celu zwalczenia choroby i c) użyty jest za zgodą chorego. Jeżeli brakuje któregoś z tych trzech czynników, — nieodpowiedzialność lekarza ustaje. Nie może nie lekarz

dokonać zabiegu chirurgicznego, nie wolno dokonywać tego zabiegu nie w celu usunięcia choroby i nie wolno tego czynić bez zgody chorego.

Pierwsza teza nie wzbudza wątpliwości, ostatnia zaś w naszem życiu wobec rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej jest poza sporem, w praktycznem tego słowa znaczeniu. Natomiast teoretycznie nie wszędzie przez naukę i prawo jest jednakowo rozstrzyganą.

Pan E. Neymark dopomógł do zebrania obfitej literatury, dotyczącej tego przedmiotu 1), że przytoczę tylko klasyczne przykłady. M. Brisard w pracy „Le droit de guérir" stoi na tem stanowisku, że chociaż wola pacjenta zasadniczo winna być uszanowaną, ale upoważnia lekarza, wbrew tej woli, do dokonania operacji w przypadku niebezpieczeństwa życia. Dla potwierdzenia tego poglądu przytacza kilka śmiałych przykładów operacyj, które się powiodły i uratowały życie choremu. Kwestja byłaby bardziej zawiłą, gdyby operacja się nie udała i chory umarł, albowiem trzeba byłoby dowodzić, że operacja była niezbędną. Z mego doświadczenia dawniejszego znam inny przykład, który pozwolę sobie przytoczyć. Do znakomitego chirurga M. zwróciła się młoda dziewczyna, skarżąc się na obrzękłość na szyi. Lekarz zbadał chorą, stwierdził

---

1) M. Brisard: „Le droit de guérir" (Annales de Médécine Légale — 1932. p. 652 — 55), 2) Klaften „Die Todesfälle nach Bluttransfusionen" (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1921), 3) Döderlein: Strafsache gegen Dr. K. wegen fahrlässiger Tötung", (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1927, S. 546), 4) Schmidt: „Operation ohne Einwilligung", (Aerztliche Sachverständigen Zeitung, 1930, S. 193), 5) Henri Donnedieu de Vabres, M. Duvoir, Henri Desoille: „La responsabilité médicale" (Annales de Médécine Légale, 1931, p. 412—477). 6) Ebermayer: „Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis" (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932, S. 1768), 7) Döderlein: „Anklage gegen einen Arzt wegen fahrlässiger Tötung" (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1927, S. 410). 8) Döderlein: „Strafsache gegen Dr. G. wegen fahrlässiger Tötung" (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1927, S. 455. 9) Czerwiński Stanisław: „Medycyna w konflikcie z prawem karnem" (Nowiny Społeczno - Lekarskie, 1931. N. 2), 10) Czerwiński Stanisław: „Odpowiedzialność lekarzy za pozbawienie życia lub uszkodzenie zdrowia przez nieostrożność" (Lekarz Polski, 1928, N. 8), 11) George Bogdan: „Le médecin et la grève de la faim" (Revue Internationale de droit Pénal, 1930), 12) Czerwiński Stanisław: „Lekarz i strajk głodowy" (Nowiny Społeczno - Lekarskie, 1931, N. 14). 13) Grzywo-Dąbrowski Wiktor: „Polski Kodeks Karny — uwagi lekarza sądowego" (Lekarz Polski, 1932, N. 11), 14) Czerwiński Stanisław: „Ustawa z dn. 25.IX.1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej" (Nowiny Społeczno-Lekarskie, 1932, N. 24), 15) V. Balthazard: „Précis de Médécine Légale", 4 éd., 1928, 16) M. de Laet: „Les responsabilités du médécin", Bruxelles, 1927, 17) M. Brisard: „Le risque opératoire" (Annales de Médécine Légale, 1930, p. 554 et suiv.), 18) Dervieux: „Décisions judiciaires dans une affaire concernant le refus par un blessé de subir une opération" (Annales de Médécine Légale, 1932, p. 664—669).

u niej cystę i dokonał laparotomji; zamiast usunięcia obrzękłości na szyi, wyciął cystę, operacja się powiodła, a chora umarła. Na wynikłym z tego procesie, rodzina zmarłej szantażowała lekarza; lekarz bronił się, że operacja była zrobiona **lege artis,** co zresztą było stwierdzone, i że operacja była konieczną. Sąd nie podzielił stanowiska chirurga i został on skazany na naganę. Należy dodać, że chora należała do ciemnej, nieuświadomionej warstwy, i że dlatego jej zgoda lub niezgoda nie mogły być aktem świadomym i że lekarz w takich przypadkach jest bardziej kompetentny w ocenie stanu chorego. Naturalnie, ostrożność nakazuje nie brać na siebie decyzji, o ile warunki pozwalają skontrolować swe wnioski ze zdaniem innych lekarzy. Takie właśnie stanowisko zajmuje w tej kwestji Prokurator Sądu Najwyższego Stanisław Czerwiński, który w swoich publikacjach twierdzi, że w przypadkach ciemnoty i nieuświadomienia chorego, decyzja dokonania operacji musi należeć do lekarza. Dr. Baudet, I. L. Faure i wyżej cytowany M. Brisard szeregiem przykładów, z życia wziętych, wykazują tragizm położenia w jakiem lekarz często się znajduje, gdy chory —przez ciemnotę lub brak woli, — nie rozumiejąc grozy położenia, nie godzi się na operację, bez której musi umrzeć, gdy ta operacja może go uratować. W takim konflikcie z prawem każdy lekarz indywidualnie rozstrzygnie; jeden weźmie na siebie ryzyko ewentualnej odpowiedzialności, będąc w zgodzie ze swojem sumieniem, a drugi — umyje ręce. Niemniejszą trudność sprawia przypadek, kiedy lekarz za zgodą chorego przystępuje do dokonania jednej operacji, a w trakcie jej dokonywania widzi konieczność dokonania innej. Ma to specjalne znaczenie w przypadku operacyj kobiecych i tu lekarz musi być szczególnie wrażliwym i dobrze zważyć skutki swego zabiegu.

Jak ma postąpić lekarz w przypadkach, kiedy chory odmawia zgody na zabieg chirurgiczny ze specjalnego wyrachowania, gdy uległ nieszczęśliwemu wydarzeniu, uzasadniającemu otrzymanie odszkodowania i jest zainteresowany w niewyleczeniu się; w tych razach wola pacjenta jest decydującą, — opinje uczonych i orzecznictwo sądowe stoją na tem samem stanowisku.

Przechodzimy wreszcie do trzeciej tezy, wyżej wymienionej, że zabieg chirurgiczny musi być skierowany przeciwko chorobie i ku jej zwalczeniu. Bez tego zasadniczego momentu, ani to, że operacji dokonywa lekarz, ani zgoda chorego, nie powinny uwolnić lekarza od odpowiedzialności.

Współczesne życie stawia na porządku dziennym cały szereg zjawisk, ongi albo zgoła nieznanych, albo niezmiernie rzadkich. Nie zatrzymuję się na specjalnym przypadku — spędzenia płodu, lub przerwania ciąży, gdyż tego rodzaju kwestje musiałyby być przedmiotem specjalnego referatu; wymagałyby one obszerniejszego omówienia i, oczy-

wiście, więcej czasu, a były one przedmiotem rozważań ostatniego Zjazdu Prawników Polskich, w Komisji, której miałem zaszczyt przewodniczyć. Natomiast na specjalną uwagę zasługują operacje: a) doświadczalne, b) transfuzji krwi, czyli uszkodzenia ciała innej osoby, c) sterylizacji i d) kosmetyczne.

Zanim przejdę do analizy powyższych zjawisk, pragnąłbym zrobić małą dygresję i zatrzymać uwagę zebranych na pewnym momencie zasadniczym. Zapewne pamiętają wszyscy tragiczny wypadek, który miał miejsce w Paryżu, kiedy nasza rodaczka pozbawiła życia swego narzeczonego, — dotkniętego nieuleczalną chorobą, — na jego własne żądanie. Sąd ją uwolnił. A teraz postawmy pytanie, czy lekarz, widząc nieuleczalną chorobę, ciężkie cierpienie, ma prawo, ulegając prośbom chorego, skrócić jego męczarnie i przyspieszyć jego zgon. Z punktu widzenia humanitarnego zdawałoby się, że — tak, poco bowiem ma się chory męczyć, skoro zgon jego jest nieunikniony. Z punktu widzenia natomiast religji chrześcijańskiej — jest to rzeczą niedopuszczalną; taki czyn godziłby w podstawy religji. Z punktu widzenia prawa, obowiązującego w Polsce, — taki czyn byłby przestępstwem **sui generis,** przewidzianym w artykule 227 Kodeksu Karnego: zabiciem człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Natomiast w literaturze Ferri, Chaveau, Helie, sądzą, iż w takim przypadku mielibyśmy do czynienia ze zwykłem samobójstwem, choć samobójca pozbawiłby się życia nie sam. Osobiście podzielam pogląd polski i chrześcijański punkt widzenia, nie dające prawa, z wyjątkiem wyroków sądowych, których wartość jest wątpliwą, do skrócenia czyjegoś życia.

Wszelkie zabiegi lekarskie, szczególnie chirurgiczne, mogą być dokonywane tylko dla celów leczniczych. Stąd dokonywanie zabiegów dla celów eksperymentalnych, jest przestępstwem. Donnedieu de Vabres, Duvoir, Desoille, stoją niezbicie na tem stanowisku. Z tem się trudno zgodzić. Znamy fakty, kiedy poświęcają się dla nauki bohaterscy lekarze, którzy, robiąc na sobie doświadczenia, naprzykład, w badaniach radowych i roentgenowskich, giną dla nauki i postępu, dla ludzkości i zasługują na najwyższy podziw; dlaczego więc nie lekarz, mający w sobie ten sam pierwiastek bohaterstwa, który pragnie oddać swój organizm lekarzowi dla celów doświadczalnych, ma powodować w tym przypadku przekroczenie prawa przez lekarza. Zgodzić się należy więcej z prokuratorem Stanisławem Czerwińskim, który robi wyjątek dla tego przypadku, albowiem wchodzi tu w grę wyższe dobro, dobro powszechne, zbiorowe zdrowie ludzkości, nad którego ratowaniem pracują badacze naukowi, bohatersko niosąc w ofierze swoje i dobrowolnie oddane cudze życie. Tu zgoda tego, który się poddaje doświadczeniu, jest czynnikiem decydującym. Pod tym kątem widzenia należy rozpatrywać także transfuzję

krwi, którą dziś się dokonywa często za zapłatą. **Volenti non fit iniuria.** Inaczej będzie się przedstawiać kwestja sterylizacji, dziś postawionej na porządku dziennym przez prawodawstwo Hitlera w Niemczech. Jeżeli względy eugenetyczne mogą mieć pewne znaczenie w przypadkach idjotyzmu, ciężkich innych chorób etc., to dopuszczenie tego rodzaju zabiegów powinno jednak mieć miejsce jedynie za zgodą delikwenta, jeżeli mogę się tak wyrazić, a nie pod przymusem. Tak by się ta sprawa przedstawiała w oświetleniu poglądów Woltera, Rousseau — teorji liberalizmu państwowego, z którym nieodłącznem jest pojęcie o najwyższej wartości, jaką przedstawia człowiek.

Współczesne powojenne teorje organizacji i celów państwa przechodzą do porządku dziennego nad zagrożonym interesem jednostki i ustalają dominowanie interesu zbiorowego, tak zwaną rację stanu, rozgrzeszającą w najszerszem tego słowa znaczeniu, organy państwowe we wszystkich zarządzeniach, mających za motyw najwyższe dobro: interes narodu lub państwa. Tego rodzaju absolutystyczne teorje kłócą się z ustalonemi zasadami religji chrześcijańskiej, dają szerokie pole dla subjektywnej ludzkiej, często mylnej, oceny i do nadużyć. Od eugenetyki jest jeden krok do czystości rasy, nietylko w pojęciu krwi, ale i politycznych przekonań. Dlatego też lekarzowi, pomnemu na swoje święte obowiązki, trudno będzie pogodzić się z przymusem sterylizacji. Jeżeli dobrowalna sterylizacja, jak to miało miejsce w znanej w Rosji religijnej sekcie **Skopców,** może być niekaralną, ze względu na mistyczny charakter i dobrowolne poddanie się, to, w każdym razie, dokonywanie tego zabiegu nie na sobie, ale na innej osobie, nie może być przez prawo tolerowane.

Burzliwy bieg naszych czasów tworzy wciąż nowe zjawiska i zmusza społeczeństwo i prawodawcę podążać za nim. Technika lekarska, szczególnie w chirurgji, zrobiła olbrzymie postępy, niesie cierpiącej ludzkości ulgę i ratunek, ale życie często wykoszlawia to święte zadanie lekarza. Mam na myśli tak zwane zabiegi kosmetyczne, które, oczywiście, są stosowane prawie wyłącznie na płci pięknej. Jeżeli chodzi o rzeczy niewinne, z punktu widzenia zdrowia i życia człowieka nie mają znaczenia, to zabieg chirurgiczny, usuwający jakąś brodawkę lub kaszak, chociaż będzie w niezgodzie z przysięgą lekarza dopomagania cierpiącym (a gdzież by tu była choroba i cierpienie?) ale w imię potrzeb życia, jako nieszkodliwy, może być dopuszczony i tolerowany. Ale w przypadku, kiedy taki zabieg może spowodować ciężką chorobę. lub śmierć operowanej, to dla lekarza nie może być rozgrzeszenia, ani w sumieniu, ani w prawie. Znany jest tragiczny wypadek w Warszawie, kiedy młoda, tryskająca zdrowiem, kobieta pod wpływem lekkomyślnego kaprysu udała się do lekarza z prośbą o dokonanie operacji chirurgicznej: zmniejszenia piersi,

czyli **mutatis mutandis,** dokonania częściowej sterylizacji. Lekarze podjęli się tego zabiegu, i chora zmarła. Sąd uwolnił ich od odpowiedzialności, opierając się na opinji rzeczoznawców, że operacja została dokonana dobrze. Ale śmiem twierdzić, że punkt ciężkości był nie w tem, czy operacja była dobrze zrobiona, ale w tem, czy ona była potrzebna, czy była konieczna. Prawo wkłada w ręce lekarza nóż, by dopomógł cierpiącym, chorym, by ratował ich zdrowie i życie, ale nie poto, by dogadzać nierozważnym pomysłom lekkomyślnych kobiet. Jak żołnierz, któremu państwo daje w ręce broń, może jej użyć tylko przeciwko wrogowi, tak sam lekarz, któremu to samo państwo daje w ręce nóż chirurgiczny może go użyć tylko przeciwko chorobie.

Reasumując to wszystko, co miałem zaszczyt tutaj powiedzieć, przychodzę do wniosku, że granice nieodpowiedzialności lekarza w wykonywaniu jego zawodu są zakreślone przez trzy warunki: wiedzę lekarską, chorobę pacjenta i zgodę chorego. Naczelnym zaś regulatorem w postępowaniu lekarza jest jego sumienie i wysokie poczucie moralnej odpowiedzialności, która na nim, wobec społeczeństwa ciąży.

A. LEDNICKI.

LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES MÉDECINS.

Résumé.

L'auteur arrive à la conclusion que les limites de l'irresponsabilité pénale du médecin sont restreintes par 3 conditions: la science médicale, l'affection du malade et son acquiescement.

La force qui dirige et règle sa conduite c'est sa conviction et la conscience de la responsabilité morale envers la société.

Dr. B. PUCHOWSKI, st. asystent.

SCHORZENIE SAMOISTNE JAKO PRZYCZYNA WYPADKU ŚMIERTELNEGO PRZY PRACY?

(Z Zakładu Medycyny Sądowej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz).

Uszkodzenia ciała powstałe przy pracy ze względu na możliwość dochodzenia odszkodowania powinny być z wielką ostrożnością i ścisłością oceniane. W szczególności powyższe dotyczy śmiertelnych wypadków przy pracy. Bardzo często bowiem zdarza się, że śmiertelne wypadki przy pracy powstają na tle schorzeń naturalnych, powodujących nagłą śmierć w chwili wykonywania pracy. Szczególne trudności w ocenie przypadku zachodzą wówczas, jeżeli nagłej śmierci z przyczyn naturalnych towarzyszą uszkodzenia ciała, spowodowane przez maszyny, upadek z wysokości i t. p. Trudność oceny w podobnych przypadkach polega na ustaleniu, czy samoistne schorzenie było wystarczające dla wywołania śmierci, a uszkodzenia były tylko przypadkowe i powstały w czasie agonji. Ustalenie przyczyny śmierci jest tu szczególnie trudne ze względu na niezawsze łatwe odróżnienie zmian przyżyciowych, agonalnych a nawet pośmiertnych. Należy tu przedewszystkiem brać pod uwagę przypadki samoistnych krwotoków mózgowych, nowotworów mózgu, porażenia serca na tle schorzenia jego mięśnia i zmian zastawkowych i t. p., które przed zejściem śmiertelnem powodują stan nieprzytomności, w czasie trwania którego mogą nastąpić przypadkowe uszkodzenia, a które będą wówczas posiadały cechy uszkodzeń powstałych za życia.

Schorzenia, które powodują przejściowy stan nieprzytomności, zaburzenia równowagi, wzroku, słuchu i t. p. ze swej strony mogą stwarzać sytuację, w których dany osobnik ulega wypadkowi, a wówczas również tylko bardzo szczegółowy wywiad, a przedewszystkiem dokładna sekcja zwłok, może przypadek wyjaśnić.

W żadnym przypadku śmiertelnego uszkodzenia przy pracy nie wolno wydawać opinji na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok nawet wówczas, kiedy uszkodzenia są bardzo rozległe i na pozór nie budzą

wątpliwości co do ich bezpośredniego związku przyczynowego z zejściem śmiertelnem.

Podaję poniżej kilka pouczających przypadków z dostępnego mi piśmiennictwa:

H. Engel opisuje wypadek 63 l. mężczyzny, który w czasie pracy upadł nawznak, uderzył się głową o skrzynię drewnianą i w stanie nieprzytomnym został dostarczony do szpitala. Po odzyskaniu przytomności podał, że już od dłuższego czasu miewał drgawki w kończynach. Po 9 dniach zmarł. Na sekcji stwierdzono ropień prawego płata czołowego mózgu, wielkości jabłka. Autor na podstawie istniejących przed wypadkiem drgawek przychodzi do wniosku, że ropień musiał być dawnego pochodzenia i nie powstał wskutek wypadku przy pracy.

W. Brandis opisuje przypadek uszkodzenia czaszki u robotnika z zejściem śmiertelnem. Ponieważ dotyczyło to osobnika starszego, należało rozstrzygnąć, czy uszkodzenie czaszki nastąpiło wskutek upadku po utracie przytomności spowodowane krwotokiem mózgowym samoistnym (zwapnienie naczyń), czy też śmiertelny krwotok mózgowy powstał wskutek upadku. Pomimo, że w rozstrzyganiu tej kwestji brał udział szereg zakładów naukowych oraz szereg lekarzy specjalistów, przypadek nie został wyjaśniony. Przyczynę krańcowej rozbieżności opinji rzeczoznawców oraz wynikających stąd niewspółmiernych kosztów autor widzi w tem, że w odpowiednim czasie nie wykonano sekcji zwłok.

Br. Funccius opisuje dwa przypadki, w których za przyczynę śmierci mogły być przyjęte uszkodzenia wskutek wypadku. W jednym z nich na sekcji stwierdzono zamknięcie otworu Monroego przez wągra, w drugim pod wyściółką dna IV komory znaleziono wybroczyny krwi wskutek usadowionych tam wągrów. W jednym i drugim przypadku sekcja pozwoliła przyjąć naturalną przyczynę śmierci wskutek wągrowatości mózgu.

Pod wieloma względami pouczającym jest przypadek śmierci przy pracy, który miałem możność oceniać w naszym Zakładzie. Przedstawia się on jak następuje: Ze szpitala miejskiego dostarczono do prosektorjum zwłoki mężczyzny 20 lat z rozpoznaniem przyczyny śmierci: „Conquassatio capitis. Vulnera lacerata capitis et faciei". Z doniesienia jak i karty szpitalnej wynikało, że denat w czasie młócenia trafił między koła kieratu i uległ okaleczeniu głowy w postaci wielokrotnych złamań czaszki i rozległych ran głowy i twarzy.

W szpitalu dokonano zabiegu zeszycia ran i ustalenia kości czaszki. Denat zmarł w kilkanaście godzin po wypadku.

Prokurator wnosił o ustalenie przyczyny śmierci denata na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok. Ponieważ w Zakładzie ze względów zasadniczych opinji o przyczynie śmierci na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok nie wydajemy. Sędzia śledczy przychylając się do naszego

stanowiska zgodził się na wykonanie szczegółowej sekcji zwłok, która dała następujący wynik. (Opis jej poniżej streszczam do momentów najistotniejszych).

Przy oględzinach zewnętrznych stwierdzono: rozległe, sięgające od dolnej części twarzy aż do szczytu czaszki, rany darte oraz pęknięcia skóry. Pod płatami zdartych tkanek miękkich twarzy widoczne są rozległe zmiażdżenia kości twarzy oraz porwane naczynia krwionośne.

Kończyny prawej i lewej strony posiadają niejednakowe wymiary: obwód prawego uda w połowie jego wysokości wynosi 45 cent., obwód uda lewego na tej samej wysokości 49 cent. Obwód prawego podudzia 33 cent., obwód podudzia lewego na tej samej wysokości 35 cent. Obwód prawego ramienia 28 cent., obwód ramienia lewego 30 cent. Obwód prawej dłoni na wysokości stawu śródręcznopalcowego 21,5 cent., obwód dłoni lewej 22,5 centymetra. Naskórek obu dłoni wykazuje nieznaczne zgrubienie i brak modzeli, przyczem na prawej dłoni naskórek jest bardziej delikatny. Stopa lewa posiada budowę prawidłową, natomiast prawa stopa posiada cechy stopy płaskiej.

Przy oględzinach wewnętrznych między innemi stwierdzono: powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej pokryte są na całej przestrzeni rozległymi wylewami oraz skrzepami krwi. Kości czaszki, poza złamaniami i zmiażdżeniami kości twarzy, wykazują następujące uszkodzenia: lewa połowa sklepienia czaszki w przednio bocznej części jest całkowicie oddzielona od pozostałych kości i unosi się wraz z płatem skóry. Odłamek ten obejmuje lewą kość czołową, lewą kość ciemieniową, część lewej kości potylicznej oraz część kości skroniowej. Po prawej stronie czaszki znajduje się pęknięcie kości idące od zewnętrznego kąta prawego oczodołu poziomo ku tyłowi w obrębie kości skroniowej i kończy się w obrębie prawej kości potylicznej. Od tego pęknięcia prawie prostopadle ku dołowi przebiega pęknięcie kości potylicznej, kończące się na brzegu otworu potylicznego. Od przedniego brzegu otworu potylicznego zaczyna się pęknięcie, przebiegające po prawej stronie podstawy czaszki, prawy oczodół i kończące się w obrębie prawej kości czołowej. Poszczególne kości w miejscach pęknięć są dość swobodnie względem siebie ruchome.

Lewa kość ciemieniowa w pobliżu szwu strzałkowego i w połowie jego długości jest wyraźnie scieńczała i prześwieca na przestrzeni o średnicy około 3-ch centymetrów. Po stronie wewnętrznej w tem miejscu kość wykazuje wyżłobienie o gładkiej powierzchni.

Opona twarda mózgu w okolicy ciemieniowej, czołowej i skroniowej lewej oraz czołowej i skroniowej prawej pokryta jest skrzepami krwi, a w okolicy czołowej w kilku miejscach rozdarta. Poprzez ubytki opony widnieje zmiażdżona tkanka mózgowa płata czołowego prawego. Na oponie twardej w miejscu dokładnie odpowiadającem ścieńczeniu kości ciemieniowej lewej znajduje się nieznaczne jej wklęśnięcie. Przy ucisku na to miejsce palec napotyka dość twardy opór.

Przy zdejmowaniu opony twardej wydobyto z lewej półkuli mózgu twór połączony z oponą twardą, wielkości średniej pomarańczy o powierzchni morwowatej. Po wydobyciu tego tworu powstał w półkuli lewej odpowiedniej wielkości ubytek, ograniczony od góry scieńczała korą mózgową. Ściany ubytku o powierzchni dość równej, pokryte są szarawo-żółtawą masą papkowatą, wśród której widnieją dość duże grudki żółtawej tkanki galaretowatej. Ubytek dnem

swem sięga aż do lewego ciała prążkowanego, przednią jego ścianę stanowi tkanka lewego płata czołowego, lewą ścianę tkanka płata skroniowego, prawą ścianę cienka warstwa tkanki mózgowej, przylegającej do szczeliny mózgowej.

Guz waży 210 gramów, posiada konsystencję zbitą, nieco elastyczną i jest objęty torebką. Na powierzchni guza znajdują się wyrośla o szerokiej podstawie i kulistej powierzchni różnej wielkości. Przekrój guza posiada barwę białawo-żółtawo-szarawą, połysk wilgotny i niejednolitą budowę: wśród tkanki białawo-szarawej zbitej znajdują się ogniska tkanki żółtawej, konsystencji nieco galaretowatej.

Powierzchnia mózgu nastrzykana, wygładzona. Tkanka mózgowa konsystencji plastycznej, dość sucha, na przekroju wykazuje odpowiedni rysunek. Substancja korowa obu półkul bardzo wąska. Na powierzchni podstawy mózgu tu i ówdzie widoczne są ogniska stłuczeniowe. Komory mózgowe zapadnięte, próżne, o wyściółce gładkiej. W IV komorze drobny skrzep krwi. Przysadka i szyszynka wielkości i budowy prawidłowej. Zatoki żylne próżne. Zatoka strzałkowa w przedniej części rozerwana.

Narządy innych jam ciała, poza cechami silnego skrwawienia, nie posiadały godnych zanotowania zmian.

Na podstawie wyglądu makroskopowego oraz badania histologicznego guza przyszliśmy do wniosku, że jest to śródbłoniak (fibroendothelioma) opony twardej. O ile budową swą guz niczem się nie wyróżniał od wielokrotnie opisanych guzów tego samego pochodzenia, o tyle godne są zanotowania jego olbrzymie rozmiary oraz daleko sięgające rozmiary zniszczenia tkanki mózgowej. Należy również podkreślić, że guzy te spotykane są w wieku starszym i tylko w pojedyńczych wypadkach znajdywano je u osobników młodych.

Nie mieliśmy możności zebrać wywiadu o stanie denata za życia, uwzględniając jednak zmiany anatomiczne, w szczególności zaś umiejscowienie guza w lewej półkuli i wyraźne ścieńczenie kory w miejscu położenia odpowiednich ośrodków ruchowych kończyn, możemy przyjść do wniosku, że cierpiał on na niedowład kończyn prawej strony. Tem właśnie można wytłomaczyć zmniejszenie objętości kończyn prawej strony przy zachowanej ich długości oraz prawidłowej budowie (płaska stopa prawej kończyny musiała powstać wtórnie wskutek zaniku mięśni). Jest również wielce prawdopodobne, że wskutek stałego drażnienia kory mózgowej przez guz, denat mógł miewać napady padaczkowe.

W omawianym przypadku powstaje kwestja nietylko ustalenia przyczyny śmierci, lecz również przyczyny, która spowodowała wypadek. Prawidłowe rozstrzygnięcie tej kwestji jest nader ważne, chodzi bowiem o wypadek przy pracy i możliwość ubiegania się rodziny zmarłego o odszkodowanie.

Jeżeli chodzi o ustalenie przyczyny śmierci, to bez wątpienia za takową należy przyjąć zmiażdżenie czaszki ze wszystkiemi jej następstwami, opisanemi w protokule sekcyjnym. Fakt, że denat żył jeszcze

przez kilkanaście godzin po wypadku, nie nasuwa wątpliwości co do ostatecznej przyczyny jego śmierci.

Powstanie wypadku należy postawić w związek przyczynowy z istniejącem u denata schorzeniem w postaci guza w mózgu. Należy przyjąć, że działanie guza na mózg mogło w pewnym momencie wywołać u denata utratę przytomności i jego dostanie się do trybów maszyny. Gdyby nawet przyjąć, że denat nie stracił przytomności, to dostanie się jego do trybów maszyny można wytłomaczyć tem, że miał on upośledzenie zdolności poruszania się wskutek niedowładu kończyn.

Biorąc za podstawę powyższe rozumowanie orzekliśmy, że denat zmarł śmiercią gwałtowną wskutek wielokrotnego złamania i pęknięcia kości czaszki oraz ran dartych głowy, które to uszkodzenia spowodowały: obrażenie substancji mózgowej, wydostanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, krwotok z ran głowy i zatok żylnych oraz krwotok do IV komory mózgu. Powyższe uszkodzenia powstały od działania narzędzia tępokrawędziowego, możliwie zębatego koła maszyny z ogromną siłą. Guz znaleziony w lewej półkuli mózgu jest to nowotwór dobrotliwy, wychodzący z twardej opony mózgu (śródbłoniak). Jest on dawnego pochodzenia, na co wskazuje ścieńczenie kości czaszki nad nim, powstałe najwidoczniej pod wpływem stopniowo rozrastającego się guza. Zanik kończyn prawej strony powstał pod wpływem niszczącego działania guza na ośrodki ruchowe kończyn w korze mózgowej. Opisany guz spowodował rozległe zniszczenie tkanki mózgowej półkuli lewej dzięki uciskowi, który na nią wywierał. Wskutek ubytku tkanki mózgowej półkuli lewej denat za życia musiał cierpieć na wyraźny niedowład kończyn prawej strony jak również nie jest wykluczone, że miewał on napady padaczkowe pod wpływem ucisku guza na korę mózgową. W czasie jednego z takich napadów, względnie wskutek upośledzonej zwrotności z powodu niedowładu kończyn denat mógł ulec śmiertelnym obrażeniom, trafiając do kół maszyny.

Opisany przypadek jest nader pouczający, jeszcze raz bowiem potwierdza zasadę, niestety, tak często lekceważoną, że nie należy wydawać opinji na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok nawet w takich wypadkach, gdzie pozornie nie może być żadnych wątpliwości, co do przyczyny śmierci. Przedstawicielowi sądownictwa, stawiającemu wniosek o wydanie opinji na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok, można i należy zawsze wytłomaczyć swoje stanowisko. Lekarz według K. p. k. obowiązany jest wykonać czynności, do których go powołuje władza sądowa, natomiast nie jest obowiązany wykonywać tych czynności w sposób niezgodny z zasadami, wynikłemi z doświadczenia naukowego i codziennego.

Musimy tu z całą satysfakcją podkreślić, że nasze zasadnicze stanowisko w tej sprawie było dotychczas zawsze uwzględniane przez przedstawicieli sądownictwa.

PIŚMIENNICTWO:

1) Aschoff L.: Pathologische Anatomie. 6 Aufl. II B. Jena 1923. — 2) Bergel: Z. Med. beamte 45. 165 — 173 (1932). Ref. D. Z. f. d. G. G. Med. B. 19. 314. 1932. — 3) Brandis W.: Med. Klinik, 1932, I, 485 — 487. — 4) Brandis W.: Med. Kl. 1929, II, 1178—1179.—5) Cuneo B.: Nederl. tijdschr.. v. geneesk. Jg. 692. Halfte,. Nr. 12, Beilage H., S. 69 — 78. 1925. Ref.: D. Z. f. d. G. G. Med. B. 7, 408. 1926.— 6) Dittrich P.: „Die arztl. Sachverst.-Tätigkei. b. d. Unters. v. Verletz. zu forens. Zwecken. Dittrich: Handb. d. arztl. Sachverst-Tätigk. — 7) Engel. H.: Med. Klinik, Jg. 19, Nr. 26, S. 908. 1923. — 8) Flater A.: Mschr. f. Unfallheilk. u. Versich.-med. Jg. 29, Nr. 1, S. 9—11, 1922. Ref.: D. Z. f. d. G. G. Med. B. II. 250. 1923. — 9) Funccius Br.: Mschr. Ünfallheilk. 39, 161—166. 1932. Ref.: D. Z. f. d. G. G. Med. B. 20. 129. 1933. — 10) Hallermann W.: D. Z. f. d. G. G. Med. B. 21. 387. 1933. — 11) Kolisko A.: „Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache". Dittrich. Handb. d. ärztl. Sachverst.-Tätigk. — 12) Kaufmann E.: Lehrb. d. spez. Pathol. Anat. 7 u. 8 Aufl. II B. Berl. u. Leipz. 1922. — 13) Silberberg E.: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Phys. B. 260, H. 1, S. 251 — 261. 1926. Ref. D. Z. f. d. G. G. Med. B. 8. 785. 1926. — 14) Stürmer: Mschr. f. Unfallheilk. u. Versich.-med. Jg. 30, Nr. 10. S. 233—238. 1923. Ref. D. Z. f. d. G. G. Med. B. 4, 109. 1924.

B. PUCHOWSKI.

DURCH KRANKHEIT HERBEIGEFÜHRTER TÖDLICHER UNFALL?

Der Verfasser berichtet ueber einem Unfall mit Tödlichen Ausgang eines 19 j. Burschen, der bei der Arbeit im die Zahnräder einer Dreschmaschine geriet.

Bei der Obduktion wurde eine orangegrosse Geschwulst der Dura gefunden, die in die linke Hemisphere penetrierte. Histologisch wurde eine Fibroendothelioma durae matris festgestellt.

Der Verfasser stellt den Unfall in unmittelbaren Zusammenhang mit dem anatomopathologischen Befund.

Dr. BOLESŁAW POPIELSKI, Asystent Inst. Med. Sąd. U.J.K. we Lwowie.

ZACHOWANIE SIĘ WŁASNOŚCI GRUPOWYCH W PLAMACH KRWI, PODDANYCH PRANIU, WZGL. INNYM ZABIEGOM, ZMIERZAJĄCYM DO ICH USUNIĘCIA.

(Z działu bakterjologji i medycyny doświadczalnej Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie, dyr. Prof. L. Hilszfeld)*

Badanie śladów krwawych należy do najważniejszych i najczęściej stosowanych czynności sądowo - lekarskich. Każde uszkodzenie tkanek powoduje wynaczynienie większej lub mniejszej ilości krwi, która w wypadku przestępstwa może się stać ważnym śladem ułatwiającym dochodzenia sądowe. Większość zagadek kryminalnych, w szczególności w wypadkach, połączonych z zabójstwem wzgl. uszkodzeniem ciała, zostaje rozwiązanych jedynie na podstawie pozostawionych śladów krwi. Ślady te stają się ważnemi i często jedynemi dowodami rzeczowemi, umożliwiającemi przeprowadzenie wymiaru sprawiedliwości.

W związku z wspomnianą doniosłością badań śladów krwawych w medycynie sądowej, metody ich badania osiągnęły w ciągu lat znaczną doskonałość. Medycyna sądowa, korzystająca dla swych celów ze wszystkich niemal nauk przyrodniczych, oparła się w badaniach śladów krwawych, przedewszystkiem na metodach fizyko - chemicznych i serologicznych. Po przez t. zw. wstępne próby chemiczne, polegające na utleniających własnościach krwi, po przez ważną próbę podaną przez Teichmana, polegającą na mikroskopowem oglądaniu kryształków pochodnych barwika krwi (heminy), osiągnięto w badaniu mikrospektralnem tak wielką doskonałość, że każdy najmniejszy ślad krwi, ściśle mówiąc jej barwika, jako taki wykazać można. Serologiczne próby precypitynujące, pozwalające na odróżnienie białek poszczególnych gatunków

---

*) Autor składa serdeczne podziękowanie P. Profesorowi Ludwikowi Hirszfeldowi za cenne wskazówki, udzielane w ciągu tej pracy, oraz P.P. Wandzie Halberównie i Dr. Jerzemu Morzyckiemu za pomoc przy zapoznaniu się z metodyką badań grupowych krwi.

zwierząt, pozwoliły na zupełnie pewne identyfikowanie krwi ludzkiej jako takiej. Dwa te rodzaje badań dzięki swej znacznej czułości i swoistości, są jedynym i najdoskonalszym środkiem do rozpoznawania krwi ludzkiej, nawet w b. niewielkich i starych śladach.

Nauka o grupach krwi, będąca dalszą zdobyczą serologji, pozwalająca na wyodrębnienie nawet w obrębie jednego gatunku pewnych grup, dających się z łatwością określić, posunęła ścisłość identyfikacji krwi jeszcze dalej, aż do możliwości odróżnienia krwi jednego człowieka od drugiego w wypadku, gdy każdy z nich należy do innej grupy. Podział na grupy opiera się w swej klasycznej formie, jak wiadomo, na pewnych własnościach ciałek czerwonych i surowicy krwi. Młoda nauka o grupach krwi w zadziwiająco szybki sposób stała się nietylko doniosłem zagadnieniem teoretycznem, lecz znalazła ważne zastosowania praktyczne przedewszystkiem w klinice przy transfuzji krwi i w medycynie sądowej przy dochodzeniach ojcostwa, oraz przy badaniach śladów krwawych. Możność wykluczenia podejrzanego o ojcostwo osobnika oraz możność odróżnienia jednych śladów krwawych ludzkich od drugich, jest dla medycyny sądowej niesłychanej wprost wagi i zdobycie w tej dziedzinie metod badania równie pewnych, jak np. próba spektralna i precypitacyjna, miałoby doniosłe znaczenie.

Niestety, zarówno dochodzenie ojcostwa na podstawie określania grup krwi, oraz wykazywanie własności grupowych w śladach krwawych, napotyka dziś jeszcze na cały szereg trudności. Wykluczenie ojcostwa tylko w pewnych (ca. 35%) procencie przypadków daje się pozytywnie przeprowadzić, zaś niemożność stanowczego stwierdzenia własności grupowych w śladach krwawych, również nie należy do rzadkości. Przyczyną trudności w określaniu grup w śladach krwawych bywa cały szereg okoliczności, zarówno ze strony samych śladów krwawych, jak też i ze strony metod badania, któremi rozporządzamy. Określenie grupy krwi polega jak wiadomo na wykazaniu t. zw. aglutynin, t. j. substancyj, zawartych w surowicy krwi i powodujących aglutynację krwinek innych grup, oraz na wykazaniu aglutynogenów, czyli czynników, wiążących aglutyniny, a zawartych we wszystkich prawie komórkach i płynach ustroju. Ażeby zatem oznaczyć grupę krwi danego śladu, wykazać w nim musimy aglutynogeny i aglutyniny, a co najmniej tylko aglutynogeny. W wypadkach niestwierdzenia tych ostatnich, koniecznem staje się wykazanie aglutynin. Zachowanie się tych dwóch czynników, dających się z łatwością określić w świeżej krwi przy pomocy prostych, bezpośrednich badań, zależne jest w śladach krwawych od całego szeregu wpływów szkodliwych, osłabiających je i niszczących. Nie wnikając w różnorodne możliwości i szczegóły, ogólnie powiedzieć można, że czas oraz wszelkiego rodzaju rozkład krwi, czy to na drodze

biologicznej (bakterje gnilne, fermenty), czy też chemicznej, powodują niszczenie elementów grupowych, w pierwszym rzędzie prawdopodobne aglutynin. W suchych i czysto przechowywanych śladach krwi dość długo jeszcze wykazać można własności grupowe, w szczególności aglutynogeny; to też najlepsze i najdokładniejsze metody oznaczania w plamach grup, jakiemi dziś rozporządzamy, polegają na wykazywaniu aglutynogenów. Rozumie się samo przez się, że jak w każdej reakcji, tak samo i w oznaczaniu grup krwi w śladach krwawych, potrzebna jest pewna minimalna ilość substancji którą mamy poddać badaniu. Zbyt małe ilości materjału , otrzymane ze śladów krwawych, nie nadają się do badań grupowych dla celów sądowych.

Jak wynika ze spostrzeżeń Hirszfelda, a także i stwierdzeń, poczynionych w ciągu tej pracy, w wyciągach, nie będących wyraźnie słomkowo zabarwionemi, a zatem niezawierającemi barwika krwi i nie dających wyraźnej reakcji na białko, elementów grupowych z pewnością wymaganą dla badań sądowych wykazać nie można. Zdarza się wprawdzie czasem, że mimo ujemnego odczynu białkowego i braku zabarwienia słomkowego w wyciągu z plamy krwawej określić jeszcze można własności grupowe, pochodzące z krwi, (to jednak w praktyce sądowej należy przestrzegać wspomnianego wyżej warunku i zapomocą próby białkowej oznaczać orjentacyjnie wartość dostarczonego do badań materjału).

Metody, jakiemi rozporządzamy przy oznaczaniu grup krwi w śladach krwawych, również nastręczają cały szereg trudności. Pomijając trudności, związane z niezmiernie uciążliwem otrzymaniem odpowiednich odczynników, wymagającem dobrze urządzonej pracowni serologicznej wraz z nieodzowną ilością zwierząt doświadczalnych, wymagają one zarazem niezmiernie ostrożnej i subtelnej techniki, jakoteż i umiejętnej oceny otrzymanych wyników. Największą jednak i najważniejszą niedokładnością wspomnianych metod, nie dającą się dotychczas pokonać, jest ich zupełna nieswoistość w stosunku do krwi. Z pomocą tych metod wykazać jedynie możemy, aglutynogeny wogóle, a nie aglutynogeny krwi. Jak wyżej już wspomniano, aglutynogeny znajdują się nietylko we krwi, ale we wszystkich niemal komórkach i płynach ustroju i jak wykazały badania Hirszfelda i jego uczniów, nasycają sobą (pot, mocz, nasienie) przedmioty wchodzące z niemi w bliższą styczność (bielizna, ubrania, narzędzia). Większa część śladów krwawych, poddawanych badaniom sądowym, znajduje się właśnie na przedmiotach, przesiąkniętych aglutynogenami, niepochodzącemi z krwi. W tego rodzaju przypadkach, w których w miejscach nie zakrwawionych np. w bieliźnie zachowane są aglutynogeny, nigdy nie możemy z pewnością stwierdzić, czy jednoimienne aglutynogeny, wykazane w śladzie krwawym

i w miejscach niezakrwawionych podłoża pochodzą z krwi danego śladu, czy też istniały już przedtem w tem miejscu. Podobnie też wrazie stwierdzenia w krwawym śladzie dwóch różnych aglutynogenów, nie wiemy, czy oba pochodzą z krwi, czy też jeden z nich należy do przepojonego niem, jak i otoczenie, śladu podłoża. Badanie nasze będzie jedynie pewnem w tych przypadkach, w których w otaczającem ślad podłożu nie stwierdzamy własności grupowych. Pewnego rodzaju pomocną wskazówką w tych wypadkach może być wyżej już wspomniane, spostrzeżenie, że jedynie te ślady krwawe zawierają dające się wykazać ilości aglutynogenów, które w wyciągach zawierają białko.

Miejsca niezakrwawione, zawierające aglutynogeny, pochodzące z płynów ustrojowych, nawet w znacznej ilości, nie zawierają białka w ilości, dającej się wykazać. Wyraźna obecność białka w miejscach, dających dodatnie odczyny grupowe, przemawia z dużem prawdopodobieństwem, że stwierdzone elementy grupowe pochodzą z krwi. Jeżeli do wspomnianych trudności dodamy to, że możemy mieć do czynienia ze śladami krwawemi, zmieszanemi z krwi pochodzącej od dwóch względnie kilku różnych osobników, zrozumiemy, dlaczego badanie grupowe śladów krwawych jest niewdzięczne i tak rzadko daje wyniki efektowne i pozytywne. Mimo to, w odpowiednich przypadkach, badania te umiejętnie przeprowadzone i rozumnie ocenione stanowią poważny, nieraz rozstrzygający dowód sądowy.

Ślady krwawe, występujące najczęściej pod postacią plam krwawych na przedmiotach najróżnorodniejszego rodzaju, są tym najważniejszym i najbardziej widocznym śladem zbrodni. Pierwszem zatem dążeniem sprawcy jest usunięcie i zatarcie tych najbardziej rzucających się w oko dowodów, jakiemi są plamy krwawe. Plamy krwawe poddawane bywają w takich razach najrozmaitszym zabiegom, zdążającym do ich usunięcia. W zależności od całego szeregu czynników, a w szczególności od rodzaju podłoża plamy, wielkości i grubości plamy, jej wieku, sposobu usuwania (pranie, zmywanie, czyszczenie, żeskrobywanie) i czasu trwania tej czynności i t. d. i t. d. plamy krwawe mogą zniknąć w zupełności, lub częściowo, pozostawiając po sobie mniej lub więcej wyraźne, mniej lub więcej zmienione ślady. W badaniach sądowo - lekarskich dość często spotkać się można właśnie z plamami w ten sposób zmienionemi, w których w zależności od ich stanu można jeszcze nieraz z wielkiemi trudnościami wykazać barwik krwi i białko ludzkie. W takich wypadkach wykazanie własności grupowych w tak zmienionych plamach może mieć również ważne znaczenie. W związku z wspomnianemi wyżej licznemi trudnościami, jakie napotykamy przy badaniach plam krwawych, wykazanie własności grupo-

wych w plamach zmienionych przez zabiegi, zdążające do ich usunięcia, będzie jeszcze trudniejsze. Nietylko powodzenie tych badań, ale wogóle możność ich podjęcia zależeć będzie przedewszystkiem od stanu zachowania badanych śladów.

Stan ten, a zatem stopień zmian, jakim uległ krwawy ślad pod wpływem zabiegów, starających się go usunąć, zależy od całego szeregu wspomnianych już wyżej czynników. Wykazanie tych zależności między trwałością własności grupowych w plamach krwawych, a rozmaitemi sposobami ich usuwania, najczęściej stosowanemi w życiu i podanie najogólniejszych danych, ustalających tę zależność, a mogących znaleźć zastosowanie praktyczne, było celem tej pracy. Rozumie się, że dane uzyskane w pracy eksperymentalnej są mniej lub bardziej dalekie od stosunków rzeczywistych, niepodobna bowiem nietylko wykonać, ale i przewidzieć wszystkich warunków i okoliczności, jakie stwarza życie, to też w ocenianiu tych wyników należy uwzględnić ten błąd „nieżyciowości", pomimo którego nie tracą one charakteru ogólno - orjentacyjnego.

M e t o d y k a.

Doświadczenia przeprowadzono z plamami krwi, znajdującemi się na czystych jednakowej wielkości kawałkach białego płótna. Z płótnem tem przeprowadzono normalne badanie w kierunku oznaczenia własności grupowych, stwierdzając, że nie daje ono nieswoistych reakcyj, ani też nie zawiera zanieczyszczeń elementami grupowemi. Do plamienia użyto świeżej krwi osobników grupy A i grupy B, nakapanej na płótno wprost z miejsca nakłucia (igłą Francka na palcu). Średnica każdej z plam, użytych do jednej próby, wynosiła około 3 — 4 cm. Poddawano badaniom plamy różne co do czasu swego powstania od 5 minut do paru miesięcy i starano się je usuwać najprostszemi środkami, będącemi niejako pod ręką, gdyż te są najczęściej stosowane w życiu. Usuwanie plam przy pomocy prania wykonywał stale jeden i ten sam osobnik, należący do grupy A, mający normalnie czyste ręce. Każdą z plam prano w czasie rozmaicie długim od 5 — 15 minut, przyczem przedewszystkiem kierowano się jej znikaniem, t. j. prano aż do maksymalnego zatarcia się śladów plam, co jest celem każdego zabiegu, zmierzającego do usuwania plam. Po wyciśnięciu i wysuszeniu kawałeczków płótna, oznaczano przy pomocy niżej podanych metod własności grupowe w plamach niepoddawanych praniu, a pochodzących z krwi tych samych osobników. Z plam tych oraz z kawałeczków wypranego płótna sporządzano wyciągi w sposób podany przez Hirszfelda i Amzelównę. Materjał pokrajany w drobne skrawki, nanizany na nitce, umieszczony w zakorkowanych probówkach, wyciąga się przez 24 godziny roztworem fizjologicznym soli, w ciepłocie pokojowej i przez godzinę w ciepłocie 37°C. Następnie skrawki te wyciąga się z dna probówki przy pomocy nitki i umocowuje pod korkiem, poczem probówki te wiruje się aż do zupełnego wyschnięcia skrawków (około 1 godzina). Na dnie probówki zbiera się w ten sposób cały czysty wyciąg ze skrawków. W oznaczaniu własności grupowych w wyciągach w ten sposób otrzymanych posługiwano się następującemi metodami:

A. M e t o d y w y k r y w a j ą c e a g l u t y n o g e n y

W badaniach plam krwi zmuszeni jesteśmy do posługiwania się t. zw. metodami pośredniemi, gdyż bezpośrednie oznaczanie grup wobec braku ciałek czerwonych w wyciągach z plam krwawych jest niemożliwe.

I. Metoda zahamowania hemolizy krwinek baranich (Schiff, Brahn). — Jest to najczulsza i najtrudniejsza metoda, wymagająca nietylko wytrawnej techniki serologicznej, ale też i specjalnych odczynników. Przy jej pomocy wykazywać można, niestety, jedynie aglutynogeny A. Polega ona na szczególnej własności elementów A człowieka, zbliżonej do własności t. zw. antygenu Forssmana. Uodpornienie królika przy pomocy krwinek A ludzkich, powoduje wytworzenie się w nim przeciwciał odpornościowych, nietylko wobec krwinek ludzkich, ale także i baranich. Przeciwciała baranie w ten sposób wytworzone, należą do t. zw. przeciwciał heterogenetycznych, gdyż nie zostały wytworzone przez antygen homologiczny. Przeciwciała te nazywamy „amboceptorem anty A" w odróżnieniu od amboceptora zwykłego, skierowanego np. wyłącznie przeciw krwinkom baranim. Amboceptor anty A w połączeniu z aglutynogenem A traci własności hemolityczne dla krwinek barana następowo dodanych wraz z komplementem; zjawisko to określamy jak „zahamowanie hemolizy krwinek baranich". W praktyce próbę tę obwarowujemy całym szeregiem kontroli, przyczem stosując szereg rozcieńczeń antygenu (t. j. badanych, wzgl. poszukiwanych aglutynogenów) jesteśmy w możności nawet ilościowo go określić. Schematycznie próba zahamowania hemolizy krwinek baranich przedstawia się następująco:

K o n t r o l e:

1) Aglutynogen A w 6-ciu spadających rozcieńczeniach + amboceptor anty A + komplement + krwinki barana = zahamowanie hemolizy.

2) Aglutynogen A w 2-ch rozcieńczeniach + amboceptor zwykły + komplement + krwinki barana = hemoliza.

3) Aglutynogen A rozcieńczony w 6-ciu rozcieńczeniach + amboceptor anty A + komplement + krwinki barana = częściowe zahamowanie hemolizy.

4) Aglutynogen A rozcieńczony w 2-ch rozcieńczeniach + amboceptor zwykły + komplement + krwinki barana = hemoliza.

5) Aglutynogen B w 6-ciu rozcieńczeniach + amboceptor anty A + komplement + krwinki barana = hemoliza.

6) Aglutynogen B w 2-ch rozcieńczeniach + amboceptor zwykły + komplement + krwinki barana = hemoliza.

7) W y c i ą g z p l a m y b a d a n e j (?) p l u s a m b o c e p t o r a n t y A + k o m p l e m e n t + k r w i n k i b a r a n a = ?

Jeżeli jest zahamowanie hemolizy — aglutynogen A jest obecny.

Jeżeli zahamowania hemolizy niema — aglutynogen A nie jest obecny.

K o n t r o l a:

8) Wyciąg z plamy badanej (?) + amboceptor zwykły + komplement + krwinki barana = hemoliza.

Kontroli z amboceptorem zwykłym używa się celem stwierdzenia swoistości zahamowania hemolizy, wywołanego przez badany aglutynogen z amboceptorem anty A. Wszystkie odczynniki*) (amboceptor, komplement, aglu-

*) W technice używanej w pracowni prof. Hirszfelda używa się amboceptorów, antygenów, 3% zawiesiny krwinek barana w ilości 0,15 cm., koplementu 0,1 cm. Komplementu i krwinek dodaje się w 30' po dodaniu amboceptora. Hemoliza przeprowadza się przez 10' w łaźni wodnej 37°C.

tynogeny) muszą przed użyciem być dokładnie wymiareczkowane, t. j. musi być określone właściwe rozcieńczenie, dające najbardziej właściwe i swoiste reakcje. Aglutynogeny A i B, służące do kontroli, otrzymuje się ze shemolizowanej krwi.

II. Metoda zahamowania izoaglutynacji (Sirai, Outi, Iosida, Yamakami, Landsteiner i Levine). Jest to metoda nieposiadająca tej nadmiernej czułości w porównaniu z poprzednią, a także jest prostsza i pozwala na wykrywanie nietylko aglutynogenów A, ale także i aglutynogenów B. Dzięki tym własnościom, metoda ta szczególnie nadaje się do określenia własności grupowych plam krwawych, choć w badaniach sądowo - lekarskich wskazanem jest stosowanie obu tych metod i utrwalenie badania przez zgodność otrzymanych wyników.— Jeżeli do normalnej ludzkiej surowicy, zawierającej izoaglutyniny anty A, albo anty B, dodamy aglutynogenów A albo B, to wtedy izoaglutyniny połączą się z odpowiadającemi aglutynogenami i surowica taka traci swe własności aglutynujące. Następowo dodane ciałka krwi A lub B nie ulegną aglutynacji; dodane aglutynogeny „zahamowały" bowiem aglutynację krwinek. Jeżeli zatem np. do surowicy anty A dodamy badanego wyciągu i następowo dodane krwinki A nie ulegną aglutynacji, to wyciąg ten zawiera aglutynogeny A. Również i ta próba pozwala na ilościowe określenie badanych aglutynogenów; przez stosowanie różnych rozcieńczeń surowicy, względnie badanych aglutynogenów możemy określić stopień zjawiska zahamowania. W praktyce, używając odczynników w ilości jednej kropli, przeprowadzamy próbę w małych probóweczkach. Przed odczytaniem wyników niezbędnem jest, w myśl wskazówek Schiffa, odwirowanie probóweczek przez co zyskuje się na wyrazistości odczynu. Ilość użytych odczynników jest najzupełniej dowolna, lecz stosowanie ich w małych ilościach, jest szczególnie wygodne w badaniach sądowych, w których często dysponujemy bardzo małą ilością materjału. Schematycznie próba ta wygląda następująco:

K o n t r o l e:

1) Surowica anty A + NaCl + krwinki A = aglutynacja.

2) Surowica anty A + Aglutynogen A + krwinki A = zahamowanie aglutynacji.

3) Surowica anty A + Aglutynogen A rozcieńczony + krwinki A = częściowe zahamowanie aglutynacji.

4) Surowica anty A + Aglutynogen B + krwinki 2 = aglutynacja.

5) Surowica anty A + wyciąg badany + krwinki A = aglutynacja = A obecne lub zahamowanie = A nieobecne.

Analogiczne doświadczenie przeprowadza się równolegle z surowicą anty B.

III. Metoda absorbcji. Metoda ta jest właściwie odmianą poprzedniej, wymaga jedynie nieco większej ilości materjału.

B. M e t o d y, o k r e ś l a j ą c e a g l u t y n i n y.

Metody te należą do bezpośrednich, gdyż badamy w nich wpływ izoaglutynin, zawartych w materjale badanym, bezpośrednio na krwinki znanej grupy. Należy tu przedewszystkiem metoda zagęszczania Lattesa I. Kroplę wyciągu z badanej plamy umieszczamy na szkiełku podstawowem i pozostawiamy ją aż do wyschnięcia (najprędzej odbywa się to w cieplarce). Poczem na to samo miejsce ponownie umieszczamy kroplę tego samego wyciągu i po wyschnięciu jej, zabieg ten powtarzamy jeszcze kilkakrotnie. Na szkiełku wytwarza się zatem z zagęszczanego wciąż wyciągu powłoczka w postaci płaskiej skorupki.

w której zawarte ew. izoaglutyniny w zetknięciu się ze słabą zawiesiną znanych krwinek, mogą spowodować zjawisko aglutynacji, dające się stwierdzić pod mikroskopem po nakryciu skorupki i kropli zawiesiny krwinek szkiełkiem nakrywkowem, w warstwie granicznej pomiędzy krwinkami a skorupką. Z każdego wyciągu badanego sporządzić zawsze należy 3 skorupki i badać je kolejno przy pomocy krwinek A, B i O. W metodzie tej jedynie pozytywny wynik jest miarodajny; aglutyniny bowiem słabną względnie giną bardzo łatwo i nie zawsze daje się je wykazać, zwłaszcza przy nie odpowiednim materjale.

II. Metoda bezpośredniego działania wyciągu badanego na krwinki określonych grup i odczytaniu wyniku po odwirowaniu (Schiff). Metoda ta jeszcze rzadziej od poprzedniej daje wyniki dodatnie, których spodziewać się można przy jej użyciu jedynie w razie dużej ilości dobrze zachowanego materjału.

Usuwanie własności grupowych z plam krwawych przy pomocy prania polegać może bądź to na mechanicznem spłukaniu, bądź też na chemicznem zniszczeniu elementów grupowych. Zgodnie z rozważeniami teoretycznemi, opartemi na znajomości przybliżonego składu chemicznego elementów grupowych już zgóry przewidzieć można, jaki wpływ będą miały różne sposoby prania na własności grupowe w plamach krwawych. I rzeczywiście przeprowadzone doświadczenia okazały się w zupełności zgodne z teoretycznemi przypuszczeniami. Elementy grupowe krwi związane są w przeważnej swej części z ciałami białkowemi, choć niewątpliwie mają też powinowactwo do ciał natury węglowodanowej; przechodzą one do wyciągów wodnych a także i do wyciągów alkoholowych. Zachowanie się własności grupowych w plamach krwi, poddanych praniu zależy w pierwszej linji zatem od stanu zachowania się ciał białkowych w krwi plamy.

P r a n i e w o d ą c z y s t ą z i m n ą.

Pranie to polega wyłącznie na mechanicznem wypłukaniu. Wypłukanie plamy krwawej jest tem łatwiejsze, im mniej ściśle substancje białkowe krwi związane są z podłożem. Wysychanie i związane z nim krzepnięcie krwi w plamie powoduje coraz to ściślejsze połączenie się jej z podłożem; to też im plama jest starszą i suchszą, tem trudniej jest ją wypłukać. Plamy ze świeżej krwi wypiera się w wodzie zimnej prędko i zupełnie; już po 1 — 2 minutach prania w wodzie bieżącej, a po 4 — 5 min. w wodzie stojącej, znikają zupełnie ślady świeżych (5 — 30 min.) plam krwawych. W miejscach w ten sposób wypranych niepodobna wykazać nietylko własności grupowych, ale także i najczęściej barwika krwi i białka. Plamy starsze trudniejsze są do wyprania przy pomocy czystej zimnej wody; plama naprz. 10-tygodniowa, prana b. intensywnie ok. 10 minut, pozostawiała zawsze wyraźny ślad pod postacią blado - kremowego zabarwienia o zatartych granicach. W miejscach tych wykazywano barwik krwi i białko, a także ślady własności grupowych. Plamy krwawe kilkumiesięczne pozostawiają po wypraniu

wyraźne bronzowe miejsca, w których z łatwością stwierdzić się daje barwik krwi i białko.

Wykazanie własności grupowych w tak starych plamach nietylko w pranych ale w niepranych udaje się tylko w razie zachowania się w nich elementów grupowych. Trwałość elementów grupowych zależy od szeregu czynników dziś jeszcze dokładnie nieustalonych (m. in. w grę wchodzić może t. zw. zaczyn grupowy, produkowany przez organizm (Schiff, Akune, Weiler). W korzystnych wypadkach udawało się wykazać aglutynogeny po kilku miesiącach, a zapewne wykazać je można nawet po paru latach. Badacze japońscy wykazali własności grupowe w kopercie zaklejonej przy pomocy zwilżenia kleju śliną po upływie roku. Starano się nawet wykazać własności grupowe w mumjach egipskich i amerykańskich, otrzymano jednak wyniki ujemne. W doświadczeniach, przeprowadzonych w ciągu tej pracy nie udało się wykazać własności grupowych w bardzo intensywnej niepranej plamie, przechowywanej sucho, na świetle, w pokoju w ciągu kilku miesięcy.

Zimna woda, zwłaszcza bieżąca, okazuje się zatem najprostszym i najlepszym środkiem usuwającym świeże plamy krwawe wraz z ich własnościami grupowemi.

P r a n i e c z y s t ą w o d ą c i e p ł ą.

Substancje białkowe, zawarte w krwi, ulegają pod wpływem działania ciepła, ścinaniu się, przez co stają się nierozpuszczalne, a w plamach krwawych ściślej spajają się z podłożem. Podczas, gdy plamy z świeżej krwi poddane działaniu wody zimnej, wykazują tendencję do rozpuszczania się i prędko zacierają swe obrysy, w wodzie gorącej ulegają niejako utrwaleniu, stają się wyraźnie ostro odgraniczone, a nawet dłuższe i intensywne mechaniczne pranie nie jest w stanie usunąć ich bez śladu. Ciepłostałe elementy grupowe nie ulegają zniszczeniu, a utrwalone wraz z nierozpuszczalnemi ciałami białkowemi w podłożu, z trudem dają się wypłukiwać i pozostają przynajmniej częściowo w materjale podłoża. Świeże plamy krwawe przedstawiają się po wypraniu czystą wodą ciepłą (40 — 50° C.) pod postacią mniej lub bardziej intensywnych (zależnie od świeżości plam, ciepłoty wody, intensywności prania) ostro odgraniczonych rdzawych plam. Wyciągi z tych miejsc słomkowo zabarwione z kwasem azotowym dają odczyn białkowy i zawierają barwik krwi. Badania w kierunku własności grupowych wykazują obecność aglutynogenów, dających się wykryć zarówno przy pomocy odczynu zahamowania hemolizy, jak też i zahamowania izoaglutynacji; aglutynin najczęściej nie udaje się wykazać, co jest rzeczą zrozumiałą, gdyż nawet w plamach niepranych wykazanie ich nie należy do reguły. W wykonanych doświadczeniach na 10 różnych plam, pranych ciepłą wodą, jedynie w jednej stwierdzono przy pomocy próby Lattesa obecność

izoaglutynin, natomiast obecność aglutynogenów stwierdzono we wszystkich dziesięciu plamach. Plamy stare, zawierające jeszcze elementy grupowe, zachowują się pod wpływem prania ciepłą wodą zupełnie podobnie, jak plamy świeże, są nawet jeszcze odporniejsze.

P r a n i e w o d ą z m y d ł e m.

Elementy grupowe ustroju ulegają najłatwiej zniszczeniu zpośród chemicznych czynników przez zasady, podczas, gdy równie stężone kwasy, nie wywierają na nie tak szkodliwego wpływu. Własności grupowe plam krwawych, zarówno świeżych, jak i starych, pod wpływem prania przy pomocy mydła, wzgl. sody, ulegają w b. krótkim czasie zupełnemu zniszczeniu. Plamy krwawe wrzucone uprzednio do wody gorącej, a następnie prane przy pomocy mydła, są nieco odporniejsze, jednak również szybko znikają. Działanie szkodliwe mydła na własności grupowe krwi polega przedewszystkiem na niszczeniu chemicznem; roztwory mydła są bowiem silnie zasadowe. Roztwory mydła mają pozatem własności hemolityczne, jeżeli zatem do wyciągów z plam przejdzie odpowiednia ilość mydła, uniemożliwić może wykonanie próby zahamowania hemolizy przez nieswoistą hemolizę oraz zahamowania aglutynacji przez rozpuszczenie krwinek. W wyciągach z plam krwawych, pranych wodą z mydłem, ilości mydła są jednak tak nieznaczne, że nie przeszkadzają one w wykonaniu wspomnianych prób.

P r a n i e a l k o h o l e m i b e n z y n ą.

Plamy krwawe, poddane działaniu alkoholu albo benzyny, zachowują się podobnie, jak pod działaniem wody gorącej. Ulegają one silniejszemu utrwaleniu i związaniu z podłożem, tak, że mimo dłuższego mechanicznego prania, nie tracą zupełnie na intensywności. Wyciągi z plam pranych alkoholem albo benzyną, dają wyraźne reakcje na barwik krwi i na białko. W plamach w ten sposób pranych, o ile nie zostały następowo poddane innym zabiegom (pranie mydłem) określenie aglutynogenów nie napotyka na trudności.

O k r e ś l e n i e w ł a s n o ś c i g r u p o w y c h w w o d z i e, w k t ó r e j p r a n o p l a m y k r w a w e.

Budowa chemiczna ciał nadających ustrojowi charakter zróżniczkowania grupowego, jest niewątpliwie złożona i dotychczas stosunkowo mało poznana.

Jak wynika z szeregu przeprowadzonych badań (Landsteiner, Feudenburg, Eichel, Dirschel, Brahm, Schiff, Jorpes, Norlin) ciała grupowe, będące podstawą wspomnianego zróżniczkowania grupowego nie mają charakteru jednolitego; innej natury chemicznej okazują się ciała powodujące zahamowanie hemolizy krwinek baranich, innej ciała reagujące z izoaglutyninami. W najdokładniej dziś zbadanym elemencie grupowym A część będąca równocześnie antygenem baranim (Schaffanteil)

jest najprawdopodobniej natury węglowodanowej, podczas gdy część wiążąca izoaglutyniny związana jest z ciałami białkowemi.

Przechodzenie czynnych ciał grupowych do wyciągów wodnych i alkoholowych jest rzeczą stwierdzoną. Należałoby zatem przypuszczać, że np. w wodzie, zwłaszcza w wodzie zimnej, w której wyprano plamę krwawą, można wykazać własności grupowe, pochodzące z krwi. Może to mieć znaczenie praktyczne, gdyż często spotykamy się na miejscach zbrodni z wodą, w której myto lub prano zakrwawione materjały. Stężenie zawartości składników plamy w wodzie zależy przedewszystkiem od ilości zużytej do prania wody. Przy zachowaniu normalnie używanego stosunku ilości wody do pranego materjału, starano się w wodzie używanej do prania plam krwawych wykazać składniki krwi. W wodzie takiej (doprowadzanej do izotonji) bez trudności wykazać można barwik krwi i białko. Natomiast wykazanie własności grupowych zarówno aglutynogenów, jak i izoaglutynin, najczęściej nie udaje się. Przy próbach kilkakrotnego zagęszczenia wody, w której prano krwawe plamy, osiągnięto już wyniki lepsze, jednak nie zawsze wyraźne i stałe. Zaledwie w 4-ch przypadkach na 10, wykazano w zagęszczonej wodzie aglutynogeny, zaś w 2-ch także izoaglutyniny. Woda z niewielką ilością mydła zachowuje się naogół podobnie, jak woda czysta. Natomiast silne roztwory mydła, dzięki swym własnościom hemolitycznym, uniemożliwiają przeprowadzenie prób.

Przypuszczenia co do przechodzenia własności grupowych w czasie prania z miejsc zakrwawionych do niezakrwawionych, uzasadnione wspomnianą rozpuszczalnością ciał grupowych w wodzie, przesiąkającej w czasie prania cały materjał, nie znalazły w przeprowadzonych badaniach potwierdzenia. Pozostawienie materjału splamionego krwią przez 24 godziny w wodzie użytej do prania, powodowało tak nieznaczne przesiąkanie miejsc niezakrwawionych ciałami grupowemi, pochodzącemi z krwi miejsc splamionych, że zaledwie można je wykazać.

Zachowanie się własności grupowych w materjałach przesiąkniętych płynami ustrojowemi pod wpływem prania.

Zróżniczkowanie płynów ustrojowych pod względem grupowym jest rzeczą znaną. Materjały przesiąknięte niemi zawierają nieraz znaczne ilości elementów grupowych przedewszystkiem aglutynogenów. Fakt ten znany jest każdemu, kto zetknął się w badaniach sądowo - lekarskich z określaniem grup w plamach krwawych; jest on jednym z wyżej wspomnianych momentów, utrudniających badania, które w takich razach wykazują obecność elementów grupowych zarówno w miejscach zakrwawionych, jak i niezakrwawionych. W wyciągach wodnych z materjałów przepojonych śliną, śluzem z nosa, nasieniem, daje się wy-

kazać białko przy pomocy stężonego kwasu azotowego. Wyciągi z materjałów przesiąkniętych moczem albo potem zwykle nie zawierają wyraźnych śladów białka.

Ś l i n a. — Jak wynika z najnowszych badań Putkonena, Sasakiego, Schiffa, Hirszfelda, Amzelówny i Morzyckiego, nie każdy osobnik zawiera w swej ślinie elementy grupowe, to też autorowie ci odróżniają wydzielaczy i nie wydzielaczy ciał grupowych w ślinie. Jedynie w materjałach przesiąkniętych śliną wydzielacza wykazać można własności grupowe i to zawsze w znacznej ilości, gdyż ślina należy do tych płynów, które zawierają ilościowo najwięcej ciał grupowych. Usunięcie własności grupowych z materjałów przesiąkniętych śliną przy pomocy prania jest znacznie trudniejsze, aniżeli usunięcie ich z plam krwawych. Nawet po długotrwałem praniu mechanicznem czystą wodą zimną własności grupowe w takich materjałach dają się wykazać. Przyczyną tej trwałości elementów grupowych, pochodzących ze śliny, jest najprawdopodobniej znacznie większa ich ilość, nagromadzona w materjale w porównaniu do ilości ciał grupowych, znajdujących się w plamach krwi. W przeciwieństwie do plam krwawych woda ciepła wydaje się być skuteczniejszą w usuwaniu ciał grupowych z materjałów przesiąkniętych śliną.

Własności grupowe w materjałach przesiąkniętych potem, moczem i nasieniem, zachowują się pod wpływem prania podobnie jak w materjałach, przesiąkniętych śliną, t. j. są bardziej odporne na pranie, aniżeli w plamach krwawych, jednak nie w tak znacznym stopniu, jak własności pochodzące z śliny.

Załączone zestawienie wyników wybranych z 80 wykonanych doświadczeń zilustrują dokładniej przeprowadzone badania.

PIŚMIENNICTWO:

1. Hirszfeld i Amzelówna: O sposobach i technice stwierdzania własności grupowych w plamach krwi i płynach ustroju. — Med. dośw. i Społ. T. XIII. Z. 5 — 6, 1931. — 2. Hirszfeld: W sprawie wykorzystania badań nad grupami krwi dla medycyny sądowej. Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1933. — 3. Schiff: Die Technik der Blutgruppenuntersuchung. Berlin 1929. — 4. Schiff: Über die gruppenspezifischen Substanzen des menschlichen Körpers. Jena 1931. — 5. Hirszfeld: Badanie grup krwi i ich znaczenie dla wymiaru sprawiedliwości. Arch. Krym. T. I. Z. 2. — 6. Steffan: Handbuch der Bluttgruppenkunde. München 1932. — 7. Witebsky: Biologische Spezifität. Handb. d. normalen u. pat. Physiologie. 13, 473, 1929. — 8. Schiff: Die Bluttgruppen und ihre Anwendungsgebiete. Berlin 1933.— 9. Jorpes u. Norlin: Über die chemische Natur der Bluttgruppenmerkmale. Ztschr. f. Immunitätsforschung Bd. 81. H. 1/2, 1933. — 10. Jorpes u. Norlin: Über die Bluttgruppenmerkmale im Harn des Menschen. Acta pathol. et Microbiologica Scand. Vol. XI. Fasc. 1. — 11. Hirszfeld et Amzel: Sur la présence des éléments de groupe dans les objets en contact immediat avec l'homme. Compte

Zestawienie wyników odczytanych z poszczególnych protokółów.

(Brak zahamowania „oznacza nieobecność aglutynogenów; „zahamowanie" oznacza obecność aglutynogenów. Znak „+" obecność; znak „—" nieobecność)

Nr.	Przedmiot badany	Czas prania	Wygląd po wypraniu	Wygląd wyciągu	Białko HNO_3	Barwik krwi Benzyd.	Zahamow. hemolizy	Zahamow. izoaglutynacji	I. Zattes	II. Schiff.
							Aglutynogeny		Aglutyniny	
3	Plama z krwi A, dziesięciominutowa prana w wodzie zimnej bieżącej	3'	Zupełne odbarwienie brak śladów plamy	wodojasny przejrzysty	—	—	brak zahamowania	brak zahamowania	—	—
4	Plama z krwi A dziesięciominutowa, prana w wodzie zimnej stojącej	3'	„	„	—	—	„	„	—	—
11	Plama z krwi B 3 godzinna prana w wodzie zimnej bieżącej	3'	bladokremowe bezkonturowe zabarw. materjału	„	ślad	+		„	—	—
12	Plama z krwi B 3 godzinna prana w wodzie zimnej stojącej	3'	„	„	+	+		„	—	—
5	Plama z krwi A 10 tygodniowa prana w wodzie zimnej bieżącej	5'	bladokremowe bezkonturowe zabarw. materjału	blado słomkowy przejrzysty	+	+	zahamowanie	słabe zahamowanie	±?	—
13	Plama z krwi A 2 dniowa nieprana			wiśniowo-czerwony przejrzysty	+++	+	„	zahamowanie	±?	+?
17	Płótno używane do doświadczeń czyste niepoplamione			wodojasny przejrzysty	—	—	brak zahamowania	brak zahamowania	—	—
18	Płótno używane do doświadczeń czyste niepoplamione prane w wodzie zimnej	3'	bez zmiany	„	—	—	„	„	—	„
50	Plamą z krwi A, jednotygodniowa prana b. intensywnie wodą zimną	10'	słabowidoczne bladokremowe plamy o ostrych obrysach	„	—	+	„	„	—	—
51	Woda wodociągowa w której prano plamę nr. 50 doprowadzono do izotonji			blętno-słomkowy	+	+	„	ślad zahamowania	—	—
52	Woda wodociągowa nr. 51 kilkakrotnie zagęszczona			blętno-bronzowa	+++	+	ślad zahamowania	zahamowanie	—	—
41	Miejsca niezakrwawione obok plam z krwi A, prane i moczone przez 24 g. w wodzie w której prano te plamy	8'	B. blado kremowe zabarwienie	wodojasny przejrzysty	—	+	„	brak zahamowania	—	—
7	Plama ze krwi A 3 godzinna prana w wodzie gorącej (40 – 50⁰C) bieżącej	3'	bladordzawe ostroodgraniczone plamy	„	śladzik	+	zahamowanie	zahamowanie	—	—
14	Plama z krwi A 2 dniowa prana w wodzie gorącej (40⁰C) stojącej	4'	kremowe o ostrych granicach plamy	słabo słomkowy przejrzysty	ślad	+	„	„	—	+
23	Plama z krwi B 3 dniowa prana w wodzie ciepłej (35⁰C) stojącej	4'	wyraźne bronzowawe plamy	słomkowy przejrzysty	+	+		„	+	±
31	Plama z krwi A 10 tygodniowa prana w wodzie ciepłej (35⁰C) stojącej	5'	Ostroodgraniczone bronzowe plamy	„	+	+	silne zahamowanie	„	±?	—
34	Plama z krwi A 15 minutowa prana w alkoholu	5'	Intensywne o ostrych granicach ciemnoczerwone plamy	blado-bronzowy przejrzysty	+	+	zahamowanie	ślad zahamowania	—	—
43	Plama z krwi A jednodniowa prana w benzynie	10'	Intezywne ostroodgraniczone czerwone plamy	bronzowo-czerwony przejrzysty	+	+	„	zahamowanie	—	—
33	Plama z krwi A 15 minutowa prana w wodzie zimnej stojącej z mydłem	5'	Brak śladów plamy	wodojasny przejrzysty	—	—	brak zahamowania	brak zahamowania	—	—
32	Plama z krwi A 10 tygodniowa prana w wodzie zimnej stojącej z mydłem	5'	„	„	ślad	+	„	„	—	—
30	Plama z krwi A 10 tygodniowa prana w wodzie ciepłej (35⁰C) stojącej z mydłem	5'	„	„	—	+	„	„	—	—
73	Woda z mydłem w której prano 10 minutową plamę A, doprowadzona do izotonji	5'		mleczno-żółty	+	+	ślad zahamowania	ślad zahamowania	—	—·
74	Woda z mydłem nr. 73 kilkakrotnie zagęszczona			intensywnie mleczno-żółty	+++	+	zahamowanie	zahamowanie	—	—
36	Element A używany do kontroli + stężony roztwór mydła			ciemno brunatny	+++	+	hemoliza?	hemoliza krwinek	—	—
57	Płótno splamione moczem			przejrzysty b. blado słomkowy	—		zahamowanie	zahamowanie	—	—
58	Płótno splamione moczem prane wodą zimną	5'	białe bez śladów	przejrzysty wodojasny	—		ślad zahamowania	brak zahamowania	—	—
59	Płótno splamione śliną wydzielacza A			„	±		silne zahamowania	silne zahamowanie	—	—
60	Płótno splamione śliną wydzielacza A, prane wodą zimną	5'	białe bez śladów	„	—		zahamowanie	zahamowanie	—	—
68	Płótno splamione śliną wydzielacza A, prane wodą ciepłą	5'	„	„	—		słabe zahamowanie	„	—	—
61	Płótno splamione śluzem z nosa (chusteczka)			„	+		silne zahamowanie	silne zahamowanie	—	—
62	Płótno splamione śluzem z nosa prane wodą zimną	5'	białe bez śladów	„	—		„	„	—	—
63	Materjał przepocony potem osobnika A			lekko opalizujący	+		zahamowanie	zahamowanie	—	—
64	Materjał przepocony potem osobnika A prany wodą zimną	5'					ślad zahamowania	ślad zahamowania	—	—

rend. de la Soc. biol. T. CIX, p. 249. — 12. Morzycki: Dziedziczenie własności wydzielania ciał grupowych O, A, B w ślinie. Med. dośw. i społ. T. XVII. Z. 3 — 4, 1933.

Dr. BOLESŁAW POPIELSKI, Lwów.

SUR LES PROPRIET'ES DE GROUPE DANS LES TACHES SANGUINES LAVÉES.

L'auteur rapporte, après une description de la valeur des examens de groupes sanguins en médecine légale, les résultats de ses expériences sur l'influence de différents moyens d'effacement de taches sanguines et surtout du lavement, sur les propriétés de groupe. L'eau froide et pure fait facilement disparaitre les propriétés de groupe, tandis que l'eau chaude les fixe, de façon qu'elles peuvent être demontrées. L'emploi de savon detruit rapidement les propriétés de groupe dans les taches sanguines. L'alcool et la benzine fixe, analogiquement à l'eau chaude ces propriétés, qui peuvent être démontrées ensuite. Les proprietes de groupe dans les taches de liquides de l'organisme, ressemblent à celles des taches sanguines, tout en étant plus résistantes, ce qui est du probablement à une teneur élevée en élements de groupe.

Dr. TAMARA SZARBE — (Moskwa).

ŚMIERĆ PO SZCZEPIENIACH ZAPOBIEGAWCZYCH.

Szczepienia zapobiegawcze, w szczególności przeciw ospie, odrze, szkarlatynie i dyfterytowi, wszędzie są bardzo rozpowszechnione. W niektórych krajach, np. Z.S.S.R. szczepienia przeciwszkarlatynowe i przeciwodrowe w pewnych wypadkach, a mianowicie przy przyjmowaniu dzieci do szkół i żłobków, są nawet obowiązujące. W ciągu szeregu lat nagromadził się olbrzymi materjał doświadczalny, stwierdzający niewątpliwą korzyść tych szczepień; bardzo rzadko spotykamy się z komplikacjami, a jeszcze rzadziej z zejściem śmiertelnem po szczepieniu. Wobec tego jest zupełnie usprawiedliwione podanie do wiadomości dwuch wypadków śmierci, które miały miejsce na kilka tysięcy szczepień, dokonanych wciągu ostatniego roku przed naszą obserwacją.

Przypadek 1. Dnia 5maja 1932 r. o godz. 5 wieczorem zrobiono zastrzyknięcie dyfterytowo - szkarlatynowej szczepionki (0,025 cm^3) między łopatki, w liczbie innych dzieci, zdrowej dziewczynce lat 4-ch. Dziewczynce tej w marcu tegoż roku była zaszczepiona powtórnie ospa, która dała średni odczyn. Dziecko nie przechodziło żadnych zakaźnych chorób. Dnia 6 i 7 maja otoczenie nie zauważyło u dziecka żadnych objawów chorobowych; dziecko jest rześkie i przyjmuje pokarm jak zwykle. 8 maja budzi się rano z bólem głowy, jest osowiałe i kapryśne. Koło godz. 17 na plecach pojawiają się sine plamy średnicy do 0,5 cm. Stan dziecka się pogarsza. Temperatury nie mierzono. O godzinie 21 takież plamy pojawiają się na twarzy, piersiach i nogach. Oddychanie jest utrudnione. Po 24 godzinach wystąpiła wybitna sinica twarzy i dziecko zmarło. Wezwany lekarz przybył ok. godz. 24, kiedy dziecko już konało, i nie mógł postawić rozpoznania choroby. Zwłoki skierowano do oględzin sądowo - lekarskich, które dokonano 9,5 o godzinie 10-ej.

Wyciąg z protokułu: Zwłoki dziewczynki, normalnie rozwiniętej. Podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Twarz, uszy, szyja, cały tułów i kończyny z wyjątkiem nóg są koloru fjoletowego. Po całem ciele rozsianie są ciemno - sine plamy, średnicy od 0,2 do 0,5 cm. Na spojówkach gałek ocznych punkcikowate wylewy krwawe.

Klatka piersiowa: Naczynia szyi miernie wypełnione krwią. Płuca przekrwione, zwłaszcza w częściach tylnych, w tkance płucnej stwardnień nigdzie niema. Grasica wielkości 5 × 3 cm. wagi 15 gr. Serce bez widocznych zmian, zawiera trochę płynnej krwi. Podbiegnięć krwawych nigdzie nie stwierdzono.

Przy badaniu bakterjologicznem śluzu z dróg oddechowych obecności drobnoustrojów błonicy nie stwierdzono.

Jama brzuszna: Wątroba bronzowo-czerwona z żółtemi wysepkami na lewej części, miąższ dobrze ukrwiony. Pęcherzyk żółciowy i przewody żółciowe bez zmian chorobowych. Śledziona mała, miąższ wiotki, na przekroju koloru wiśniowego, obficie zbiera się nożem. Żołądek blady, wzdęty, zawiera około szklanki mętnego, żółtawego płynu, błona śluzowa wygładzona, blada. Nerki mocno przekrwione, bez zmian chorobowych. Gruczoły krezki powiększone. Pęcherz moczowy płynu nie zawiera.

Czaszka: oprócz przekrwienia twardej opony mózgowej żadnych zmian nie znaleziono.

Badanie mikroskopowe: (przeprowadził dr. Weinberg) w płucach zgrubienie międzypęcherzykowych przegród, tu i owdzie ogniska niedodmowe lub obrzęk tkanki. Naczynia krwionośne wybitnie przekrwione. Wątroba: gdzieniegdzie nieznaczne nacieki drobnokomórkowe torebki, naczynia włosowato przekrwione. Nerki wykazują dobrze wyrażoną budowę; nabłonek krętych kanalików obrzękły. Zaródź tu i owdzie drobnoziarnista. Śledziona przekrwiona, zawiera znaczną ilość mieszków gruczołowych, w środku których miąższ jest jaśniej zabarwiony.

Wzięte do badania cząstki skóry z sinemi plamami wykazują normalną budowę, tkanki w tem miejscu są przekrwione, na zewnętrznych warstwach skóry właściwej niewielkie nacieki, naczynia włosowate rozszerzone i przekrwione.

Żołądek: błona śluzowa bez zmian, podśluzowa przekrwiona.

Przypadek II. Dnia 2 maja wieczorem, trzymiesięcznemu chłopczykowi zastrzyknięto w żłobku odpowiednią do jego wieku dawkę szczepionki przeciwdurowej. W ciągu nocy dziecko piersi nie ssało, było osowiałe, 3 maja zrana zmarło. Sekcji dokonano w trzy godziny po śmierci.

Wyciąg z protokułu sekcji:

Zwłoki dziecka odżywienia upośledzonego. Skóra blada. Wysypki na ciele niema.

Mózg bardzo blady i suchy. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej przekrwione. W jamach serca nieco płynnej krwi. Pod opłucnemi płuc wylewy krwawe. Istota korowa prawego nadnercza intensywnie sinej barwy. lewe nadnercze częściowo takiegoż koloru. Śledziona

bardzo wiotka, przekrwiona, pod torebką wylewy krwawe. Wątroba, nerki, jelita przekrwione, zmian chorobowych nie wykazują.

Badanie drobnowidowe narządów (Rusakow) wykazało: wylewy krwawe przeważnie w istocie korowej nadnerczy. W płucach ogniska niedodmowe. Wątroba, nerki i śledziona nie wykazują zmian mikroskopowych, stwierdzono tylko wybitne przekrwienie.

Orzeczenie:

Na skutek działania nieznanych czynników chorobowych miał miejsce wylew krwawy do kory całego prawego nadnercza i częściowo do kory lewego, co doprowadziło do ostrej niewydolności nadnerczy. Ta ostatnia, jak wiadomo, powoduje mniej lub więcej szybko występującą niedomogę serca i nagły zgon. Wobec braku innych ostrych lub przewlekłych schorzeń, w szczególności żołądkowo - jelitowych, należy przyjąć, że zastrzyknięta szczepionka przeciwodrowa wywarła fatalny wpływ na pracę nadnerczy i to dlatego, że były one miejscem najsłabszego oporu (niedostateczne odżywianie tkanek przy dobrem żywieniu dziecka i prawidłowem funkcjonowaniu jelit nasuwa myśl o istnieniu niewydolności nadnerczy).

O ile w drugim przypadku można przypuścić niepełnowartościowość nadnerczy, jako przyczynę ujemnego działania zastrzykniętej szczepionki, to w przypadku pierwszym niema absolutnie żadnych podstaw do wyjaśnienia zgonu, który nastąpił trzeciego dnia po zastrzyknięciu szczepionki.

Powstaje wobec tego pytanie, czy wogóle istnieje związek przyczynowy między szczepieniem, dokonanem dnia 5 maja i śmiercią, która nastąpiła 8 maja?

Specjaliści od szczepień stanowczo utrzymują, że wszelkie objawy chorobowe, ujawnione po uływie 48 godzin od chwili szczepienia, nie znajdują się z tem ostatniem w związku przyczynowym; ponieważ zaś w danym przypadku upłynęło nie 48 godzin a 61, zdaniem tych specjalistów zgon dziecka nie stoi w związku ze szczepieniem.

Z punktu widzenia medycyny sądowej, naturalnie, nie może być mowy o winie lekarza, który dokonał szczepienia, gdyż jedną i tę samą surowicę zaszczepiono przeszło stu dzieciom, przyczem, z wyjątkiem wypadku z dziewczynką, o której mowa, u żadnego dziecka nie zauważono silniejszego odczynu lub jakichkolwiek powikłań.

Organizm dziewczynki D. wobec tego znajdował się w jakichś spacjalnych bio-chemicznych warunkach, przy których zastrzyknięcie surowicy wywołało spóźnioną lecz tak gwałtowną reakcję. Przed zastrzyknięciem dziecko było, jak się zdaje, zdrowe, i jak wykazała sekcja i badanie mikroskopowe narządów — nie wykryto w nich żadnych zmian. Wobec tego nie można a priori odrzucać, że zgon nie miał związku z za-

strzyknięciem dyfteryto-szkarlatynowej szczepionki. Możliwe, że reakcja organizmu dziewczynki była dlatego tak gwałtowna, iż na dwa miesiące przedtem miało miejsce powtórne szczepienie ospy.

W każdym razie twierdzenie, że działanie szczepionki kończy się po upływie 48 godzin nie opiera się na mocnej podstawie. W tej sprawie jest jeszcze dużo punktów niejasnych. Jeszcze nie wiemy, kiedy działanie zastrzykniętej substancji zaczyna się a kiedy się kończy, nie wiemy również, dlaczego w pewnych wypadkach niewielka ilość szczepionki u jednego osobnika wywołuje spóźnioną śmiertelną reakcję, u drugiego zaś nie powoduje żadnego odczynu.

Wyniki doświadczeń nad zwierzętami w tej sprawie nie mogą być całkowicie przenoszone na człowieka, a w szczególności — na dziecko.

Piśmiennictwo lekarskie i medycyna sądowa zna sporo przypadków niespodziewanego późnego działania zażytego ciała chemicznego. Wystarczy przypomnieć o wypadkach utraty wzroku i paraliżu kończyn w wiele godzin a czasem i dni po mózgowo - rdzeniowem znieczuleniu; warto wspomnieć o późnej śmierci naskutek narkozy i t. p.

T. SZARBE — (Moscou).

DEUX CAS DE MORT APRÈS UNE INJECTION PROPHYLACTIQUE DE LA VACCINE ANTI-DIPHTERIQUE ET ANTI-SCARLATINEUSE.

L'auteur décrit deux cas de mort, concernat deux enfants, l'un de 4 ans, l'autre de 3 mois; la mort avait lieu après une injection de la vaccine.

Le premier enfant succomba le troisième jour après l'injection; l'autopsie et l'examen microscopique n'ont pas demontré de modifications pathologiques.

Dans le deuzième cas on constata une hémorragie dans la substance médullaire de la capsule surrénale, dans la plèvre et dans la rate.

STRESZCZENIA.

Prof. Dr. FR. GIEDROYĆ.

WIEKOWE SPORY O BŁONĘ DZIEWICZĄ.

Warszawa, str. 75, 1934 — Studjum historyczno - lekarskie.

W bardzo ciekawej tej pracy autor zebrał źródłowy materjał, dotyczący pojęcia dziewictwa pod względem fizycznym, sposobów ustalania a także symulowania stanu dziewictwa, rozpatrując zjawisko pod historycznym kątem widzenia. Dowiadujemy się z tego dzieła, że u niektórych plemion dziewictwo jest w pogardzie, wobec tego dziewczęta przed ślubem starają się utracić swą „cnotę", oddając się kapłanowi lub przyjacielowi domu; w przeciwnym razie mąż będzie się źle odnosił do żony, której nikt nie chciał. U pewnych szczepów z tego powodu do obecnej chwili istnieje zwyczaj rozrywania błony dziewiczej dziecku zaraz po urodzeniu; w starożnym Rzymie akuszerki wykonywały tę operację u nowonarodzonych dziewcząt, uważając, że jest to twór zbędny i pragnąc ochronić dziewczynę przed bólem, grożącym w pierwszą noc poślubną „małżeństwo powinno być zorzą radości i nie rozpoczynać się bólem".

W Chinach piastunki (w celach higjenicznych) mają zwyczaj wycierać u dziewczynek dla czystości pochwę, co nieraz powoduje rozerwanie błony dziewiczej.

Rozpatrując poglądy lekarzy na hymen, autor stwierdza, że Hippokrates nie uznawał błony dziewiczej za normalny twór a uważał, przeciwnie, że jest to zboczenie, które należy usuwać. Oribasius (V wiek po Chr.) zaprzeczał istnieniu błony dziewiczej; ból i krwawienie przy pierwszym stosunku płciowym tłomaczył gwałtownem rozfałdowaniem zmarszczek, które znajdują się w ciasnej pochwie dziewic.

W następnych wiekach, prawdopodobnie pod wpływem Hippokratesa, większość lekarzy nadal odrzucała istnienie błony dziewiczej, najwyżej uznawano ją za twór chorobowy, który należy usuwać.

Dopiero w wieku XVII-tym obserwuje się zmianę tych poglądów: stwierdzamy, że niektórzy lekarze nie mają wątpliwości co do istnienia błony dziewiczej.

Szersze, dokładniejsze i pewniejsze wiadomości o błonie dziewiczej zaczęły się rozpowszechniać wśród lekarzy w związku z żądaniem sądów ustalania faktów odbycia stosunku płciowego, przyczem popełniano jednak liczne błę-

dy: znany lekarz sądowy Mierzejewski podaje, np., że przeglądając ok. 600 akt spraw sądowych, zawierających opisy błony dziewiczej, stwierdził, że w 2/3 przypadków lekarze popełniali zasadnicze błędy przy określaniu obecności wzgl. braku rozdarcia błony dziewiczej.

Co się tyczy znaczenia fizjologicznego błony dziewiczej, zdania były podzielone: jedni twierdzili, że stanowi ona naturalną ochronę części głębiej położonych, zwłaszcza macicy, zabezpieczającą od różnych szkodliwych czynników jak powietrze, kurz, ciała obce; inni badacze uważali błonę dziewiczą za twór szczątkowy.

Z punktu widzenia dochodzenia sądowego „dziewictwa" większość badaczy stała na stanowisku, że obecność błony dziewiczej (a właściwie brak jej rozdarć) dowodzi fizycznego dziewictwa, jednak już i wtedy było wiadomem, że czasami przy niewątpliwie odbytem stosunku płciowym błona dziewicza uszkodzeniu nie ulega. Poza stanem błony dziewiczej autor wymienia następujące zmiany i cechy, które uważane były za dowody dziewiczości: ból i krwawienie przy stosunku płciowym, zwartość wejścia do pochwy i jej ścianek, ścisłe przyleganie do siebie dużych warg sromowych, powodujące zamknięcie szpary sromowej.

Przypisywano również b. poważne znaczenie stanowi piersi i brodawek piersiowych; zmianę głosu, stwierdzoną w okresie dojrzewania, kładzono również na karb utraty cnoty „głos dziewiczy czysty, wysoki, staje się grubszym, chrypliwym i to wkrótce po pierwszym stosunku". Zapach ciała dziewicy miał być także inny, niż kobiety po stosunku płciowym; „mocz dziewic jest rzadszy i przezroczysty, mężatek — daje osad i jest gęsty" i t. p. Prąd wydalanego moczu, (siła jego rzutu, dźwięk przy oddawaniu i t. p.) miał być inny u dziewic niż kobiet. Albert Wielki pisze: „Żywot panieński jest zawsze zamknięty, ale niewieści zawsze otwarty jest, dlatego panna wyżej mocz puszcza niż niewiasta"

Celem ustalenia, czy dziewczyna jest „naruszona" dawano jej do wypicia w wodzie nieco sproszkowanego bursztynu; jeśli była to dziewica, trunek nie wywierał żadnego wpływu, gdy „naruszona" zaraz mocz musiała puścić.

W dalszych rozdziałach autor zestawił wiele bardzo ciekawego materjalu historycznego co do ustalenia dziewictwa, dotyczącego między innemi przesądów na tem tle i t. p.

Dzieło prof. Giedroycia gorąco polecam lekarzom i prawnikom, którzyby chcieli zapoznać się z poruszonem zagadnieniem z punktu widzenia perspektywy wieków i nadmieniam, że, o ile mi wiadomo, żadne obce piśmiennictwo naukowe nie posiada tak gruntownej pracy z podanego zakresu.

W. Grzywo - Dąbrowski.

GEORG STRASSMANN:

O ZATORACH TŁUSZCZOWYCH POWSTAŁYCH PO URAZACH TĘPYCH I PO OPARZENIACH.

D. Z. f. d. ges. ger. Med. T. 22. Str. 272.

Autor badał 125 przypadków, w których śmierć nastąpiła z powodu działania urazu tępego i tylko w 8 stwierdził brak zatorów tłuszczowych. Przy dłuż-

szym upływie czasu od wypadku do śmierci denata zatory tłuszczowe w płucach były często tak silne, że same przez się musiały być przyjęte za przyczynę śmierci. Materjał sekcyjny poddany badaniom był różnorodny tak co do rodzaju urazu tępego, jak też i co do wieku denatów. W całym tym materjale było 7 przypadków zatorów tłuszczowych w płucach powstałych bez złamania kości, a w tych 4 razy zatory były bardzo rozległe. S. przypisuje je wstrząśnieniu i zmiażdżeniu tkanki tłuszczowej. W przypadkach uszkodzenia kości czaszki zatory tłuszczowe w płucach nie odgrywają takiej roli, gdyż wchodzą tu w grę przedewszystkiem uszkodzenia mózgu i krwotoki oponowe.

Przypadki, w których zatory tłuszczowe były uważane za przyczynę śmierci, dotyczyły prawie wyłącznie złamań kości długich, żeber i miednicy. S. spotykał zatory tłuszczowe w płucach stale od 13 dnia po wypadku, w późniejszym okresie tylko wyjątkowo. Szczególnie rzadko można było stwierdzić zatory tłuszczowe w splotach mózgowych, jakkolwiek znajdował je w płucach.

Kwestja znajdywania zatorów tłuszczowych przy spaleniach i oparzeniach jest sporna. Carrara pierwszy spostrzegł, że w tych przypadkach zatory tłuszczowe dość często występują i w wiedeńskim materjale sekcyjnym wykazał je w 46% wypadków i to tak w przypadkach z szybkiem zejściem śmiertelnem, jak i w takich, w których zgon nastąpił w parę godzin, a nawet parę dni po oparzeniu.. Także Olbrycht wykazał nieznaczne zatory tłuszczowe po oparzeniach 2 i 3 stopnia, nawet gdy zejście śmiertelne nastąpiło w parę godzin lub też dni po oparzeniu. W zwłokach zwęglonych znajdował je obficie. Na podstawie badań doświadczalnych na zwierzętach i na zwłokach zaprzeczył Olbrycht, jakoby tłuszcz po śmierci mógł przewędrować do naczyń płucnych. Pacinotti i Alexander - Katz przypisują zatorom tłuszczowym pewną rolę przy śmierci z oparzenia. Natomiast Harbitz i Gröendahl zaprzeczają temu. Markul i Foerster nie widzieli żadnych pewnych zatorów tłuszczowych przy oparzeniach i spaleniach. Strassmann z Reuterem jedynie w przypadku śmierci wskutek porażenia prądem elektr. stwierdzili w 14 godzin po wypadku liczne zatory tłuszczowe w płucach i w dużem krążeniu.

Strassmann czynił specjalne doświadczenia, czy tłuszcz po śmierci może być przez działanie płomieni wepchnięty do krążenia. Rozpuszczony tłuszcz wtłaczał do żyły głównej względnie do prawego przedsionka pod małem ciśnieniem i następnie trzewia i przepona spalone były płomieniem Bunsena. Żyła główna dolna była podwiązana, by zapobiec odpłynięciu tłuszczu. Zaobserwował przesunięcia się tłuszczu z żyły głównej do prawego przedsionka ale obecności jego w krążeniu płucnem nie stwierdził. Doświadczenia te były robione na zwłokach noworodków, psów i świnek morskich. Tak więc twierdzenie Olbrychta okazało się słusznem, że pośmiertne przesunięcie się tłuszczu do naczyń płucnych pod działaniem płomieni i gorąca nie następuje. Jeśli już powstaną zatory tłuszczowe przy oparzeniach i spaleniach to małe i bardzo rzadkie. Powyżej opisane powstanie zatorów tłuszczowych przy oparzeniu prądem nie może być uważane za przypadkowe, gdyż denat przy naprawie urządzeń o napięciu 10.000 V. został silnie rzucony na ziemię i oprócz oparzeń uległ wstrząsowi ciała. Przy tym upadku upłynniony przez gorąco tłuszcz mógł się dostać do krążenia i być następnie dalej przeniesiony.

Baranowski (Kraków).

DIONYS SCHRANZ.

KOŚĆ RAMIENIOWA I JEJ SĄDOWO - LEKARSKIE ZNACZENIE PRZY STWIERDZANIU TOŻSAMOŚCI.

D. Z. f. d. ges. ger. Med. T. 22. Str. 332.

Autor przeprowadził w budapeszteńskim zakładzie medycyny sądowej badania na 674 kościach ramieniowych u osobników, zmarłych w różnym wieku, od noworodków począwszy aż do 101 lat liczącego mężczyzny i 106 lat liczącej kobiety. Na podstawie badań swych opiera wnioski co do identyfikacji właścicieli tych kości. I tak w zależności od płci obserwował zmiany długości kości ramieniowej i na tej podstawie określił współczynnik dla mieszkańców Węgier na 5,05 u mężczyzn, a 5,12 u kobiet. Przy porównaniu z współczynnikiem Rolleta okazuje się, że kość ramieniowa węgrów jest krótsza od kości ramieniowej francuzów. Również charakterystycznem jest zachowanie się w stosunku do płci średnicy trzonu kości, jej wagi i główki. Przy oznaczaniu wieku na podstawie kości ramieniowej omawia S. zmiany zachodzące w czasie jej rozwoju jak zanikanie chrząstki pośredniej, którą spotykał powyżej 30 roku życia nawet u ludzi bardzo starych, podczas, gdy Wachholz określa czas jej zanikania na 30 r. ż.

(Różnica ta być może polega na różnicy rasowej materjału użytego do badania lub na odmiennej metodzie przepoławiania główki kości ramieniowej. Gdy bowiem Wachholz i inni przekrawali ją w kierunku od strony zewnętrznej ku wewnętrznej, S. prowadzi płaszczyznę przekroju przez środek główki i guzka większego. Nie jest natomiast prawdziwem twierdzeniem S., jakoby Wachholz badał kości tylko świeże — przyp. refer.).

Dalej omawia zmiany występujące już po ukończeniu rozwoju główki kości ramieniowej (zaniki) i zmiany wagi kości w związku ze starością. Przy osobniczych właściwościach omawia zachowanie się prawej i lewej kości ramieniowej u tych samych osobników w zależności od używania prawej czy też lewej kończyny i od zawodu; zmiany te zachodzą nie tylko w kościach ale i w mięśniach i naczyniach kończyn. W dalszym ciągu zdaje S. sprawę z badań anatomo - porównawczych jak i mikroskopowych na szlifach kostnych. Wedle jego badań budowa szlifów kostnych u ludzi nie wykazuje żadnych specjalnych różnic pod względem wieku. W jednem polu widzenia przy 100-krotnem powiększeniu spotykał przeciętnie 25 kanałów Haversa, które przebiegały przedewszystkiem w osi długiej kości. Średnica ich wynosi 80 mikronów. Najbardziej podobne pod względem szerokości światła kanałów Haversa są kości konia, ale w budowie ich spotyka się odchylenia, które umożliwiają odróżnienie. Naogół kanały Haversa są węższe w kościach zwierzęcych niż w ludzkich, nadto w kościach zwierzęcych spotyka się częściej poprzecznie i skośnie przebiegające kanały. Wyniki swych badań zastosował S. z dodatnim skutkiem w szeregu przypadków, których kilka podaje.

Baranowski (Kraków).

FETSCHER.

TEORJA I PRAKTYKA STERYLIZACJI.

Mitteilungen der Kriminalbiologischen Gesellschaft B. IV. 1933.

Pod pojęciem sterylizacji rozumieć należy pozbawienie człowieka czasowo lub na stałe zdolności zapłodnienia, przyczem popęd płciowy i zdolność do stosunku płciowego zostają zachowane. Z pośród sposobów stosowanych w tym celu najczęstszym u mężczyzn jest przecięcie i podwiązanie sznurów nasiennych, u kobiet wycięcie trąbek; rzadziej uskutecznioną bywa sterylizacja zapomocą promieni Roentgena, co się zaś tyczy hormonalnej — w obecnym czasie nie jest jeszcze ona dostatecznie wypróbowana.

Omawiając uzasadnienie sterylizacji z punktu widzenia eugenicznego i ochrony społeczeństwa przed przychodzeniem na świat małowartościowego potomstwa, autor przytacza następujące ciekawe cyfry: w Ameryce Półn. w ciągu lat 25 (1904 — 1929) ilość umysłowo chorych w szpitalach wzrosła o 211%, przyrost ludności wynosił równocześnie tylko 143% (względna częstość chorych psychicznie podniosła się o 48%). W Niemczech od r. 1926 do 1930 ilość umysłowo chorych zwiększyła się o 10,2%, ludność zaś wzrosła o 2,5%. To tak znaczne zwiększenie się umysłowo chorych tłomaczy się między innemi tem, że psychicznie upośledzone małżeństwa są naogół płodniejsze, niż całkowicie zdrowe psychicznie: w Monachjum przeciętnie w małżeństwach psychicznie upośledzonych było dzieci 3,06, w zdrowych — 1,87. Przestępcy nienormalni w porównaniu z przestępcami psychicznie nieupośledzonymi również naogół wykazywali większą płodność.

Na podstawie b. ostrożnych obliczeń widzimy, że w Niemczech jest ok. 300.000 cierpiących na choroby dziedziczne (ślepotę, głuchoniemotę, ciężkie fizyczne ułomności, padaczkę, schizofrenję, psychozy okresowe, otępienie); o ile dołączymy tutaj ciężkich psychopatów, alkoholików i t. p. liczbę tę należy zwiększyć jeszcze o trzysta tysięcy.

Co się tyczy dziedziczenia wymienionych cierpień, obserwacje pozwalają przypuszczać, że jeśli jedno z rodziców cierpi na psychozę okresową, 30 — 33% dzieci dziedziczy to cierpienie, przy chorobie obojga rodziców procent ten wynosi 52,5, pozatem w 37,5% dzieci są psychopatami. Schizofrenję jednego z rodziców dzieci dziedziczą w 9 — 10%; w 34 — 42% są one psychopatami, przy chorobie obojga rodziców — 53% dzieci są schizofrenikami, w 29% — psychopatami. Podobnie sprawa przedstawia się i przy padaczce. Jeszcze większe są odsetki dziedziczenia głuptactwa rodziców.

Utrzymywanie przez społeczeństwo tych osób psychicznie chorych wynosi ogromne sumy: w zakładach koszt dzienny wynosi ok. 3,5 mk. co rocznie w samych Niemczech stanowi setki miljonów. Wobec tego, uwzględniając ciężkie obecne warunki ekonomiczne, autor nie widzi żadnych uzasadnionych zarzutów przeciwko przeprowadzaniu sterylizacji.

Oblicza on także w przybliżeniu, uwzględniając przestępczość psychopatów i t. p., że dzięki sterylizacji możnaby ją zmniejszyć (dla Niemiec) o 6% (t. j. 30.000 osób skazanych).

W. Grzywo - Dąbrowski.

SEITZ.

O POŁĄCZENIU UPRAWNIENIA DO WYKONYWANIA STERYLIZACJI Z PRAWEM DO PRZERWANIA CIĄŻY W PRZYPADKACH SZCZEGÓLNIE CIĘŻKICH CHORÓB DZIEDZICZNYCH.

Deutsche Med. Wochenschrift 1933.

Analizując prawo do przerwania ciąży wrazie wskazań lekarskich autor podnosi, że bezkarność przerwania ciąży w odnośnych wypadkach ma swe uzasadnienie w tem, że z dwojga złego należy wybrać mniejsze: ratując zdrowie wzgl. życie matki, zabić płód. W przypadkach przerwania ciąży ze wskazań eugenicznych należy przyjmować pod uwagę interesy społeczeństwa, jako całości, gdyż ponosi ono znaczne szkody z powodu przyjścia na świat obciążonego dziecka i zmuszone jest utrzymywać i pielęgnować bezwartościową jednostkę, która nieraz stanie się następnie dla niego szkodliwą. Wychodząc z tego założenia autor uważa, że przerwanie ciąży ze wskazań eugenicznych należy włączyć do prawa o sterylizacji z tem jednak zastrzeżeniem, że stosowane zostanie tam, gdzie istnieje bardzo duże obciążenie i wielkie prawdopodobieństwo, że dziecko przyjdzie na czas obarczone ciężką dziedziczącą się chorobą. W takich przypadkach po dokonaniu przerwania ciąży kobieta winna być poddana sterylizacji, o ile zaś dziecko już się urodziło lub, gdy nie można dla tych czy innych powodów przerwać ciąży, dziecko należy wysterylizować w możliwie krótkim czasie. W. D.

KALLE.

POWIESZENIE Z WYROKU SĄDOWEGO.

Zeit. ges. gerichtl. Med. 22 Bd.

Autor w 12 przypadkach zbadał osobiście zwłoki powieszonych na mocy wyroku sądowego, w 12 innych oparł się na protokułach lekarzy, którzy asystowali przy straceniach. Szubienica była urządzona w ten sposób, że po nałożeniu pętli na szyję skazanego usuwano deskę w podłodze i ciało spadające nagle z pewnej wysokości całym ciężarem zwisało na pętli; siła upadku była tak znaczna, że otrzymywało się wrażenie, iż wystąpi uszkodzenie kręgosłupa, co jednak w rzeczywistości rzadko miało miejsce.

Utrata przytomności zdaniem autora następowała natychmiast przy upadku i zaciśnięciu pętli w związku z b. silnym wstrząsem ciała i zaciśnięciem narządów szyi. Swierdzane w mózgu drobne wybroczynki krwawe i obrzęk popierają przypuszczenie natychmiastowej utraty przytomności. Jednak, jak to zaznacza autor, bezwzględnej pewności co do tego nie posiadamy, jest to raczej przypuszczenie, graniczące z pewnością. Raz tylko stwierdził autor odruchowy wytrysk nasienia (pogląd, wypowiadany czasami, że w chwili powieszenia występuje orgasmus etc. uważa on za zupełnie nieuzasadniony). W kilku

przypadkach zjawiły się kloniczne i toniczne drgawki, wzgl. skurcze mięśni twarzy, czasem twarz powieszonego była obrzmiała i zasiniona, często miał miejsce ślinotok, dość często oddawanie moczu i kalu. Źrenice badane natychmiast po powieszeniu na światło nie oddziaływały. W jednym przypadku, gdy w 5 minut po powieszeniu ciało było wyjęte z pętli, po upływie następnych 5 minut zauważono ruchy głowy i ręki, człowiek ten zaczął silnie stękać. Śmierć następowała po 5-ciu, najpóźniej po 20 minutach, gdy ustawały czynność serca i oddychania. Wobec tego, że główny dopływ krwi do mózgu przez tętnice szyjne został odcięty, liczne wybroczynki i obrzęk mózgu wskazują na to, że krew dopływała do niego przez głęboko ukryte tętnice kręgowe. Przy sekcji zwłok znajdowano wybroczynki w bróździe wisielczej, czasami w spojówkach; często stwierdzać się dało rozerwanie mięśni szyi z podbiegnięciami krwawemi a niekiedy uszkodzenie krtani, a nawet oderwanie jej od tchawicy. W kilku przypadkach autor znajdował wybroczynki krwawe pod wsierdziem i nasierdziem, często wybroczyny do mózgu, ani razu nie stwierdził uszkodzeń tętnic szyjowych wspólnych lub nerwu błędnego, raz zauważył wywichnięcie szyjnego kręgu. *W. D.*

VERSCHUER.

DZIEDZICZENIE CHORÓB.

Deutsche Med. Wochenschrift 1933.

Zastanawiając się nad częstością i prawdopodobieństwem dziedziczenia najczęściej spotykanych chorób psychicznych, wymienionych w projekcie prawa o sterylizacji (które weszło w życie 1.1.1934 r.) autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Wrodzone głuptactwo — W Niemczech w r. 1925 było 100.000 tego rodzaju chorych, z tego 46.000 pozostawało w zakładach (obliczenie dotyczy ciężkich i średnich przypadków); przy obliczeniu innych postaci głuptactwa cyfra ta wzrasta do 450 tysięcy. O ile jedno z rodziców jest dotknięte tem cierpieniem — w 41% przypadków dzieci będą również chore; przy chorobie obojga rodziców ilość chorych dzieci sięga do 91%. Ten rodzaj chorych psychicznie jest więcej płodny, niż ludność normalna, np. w Berlinie potomstwo kobiety cierpiącej na niedorozwój umysłowy jest czterokrotnie liczniejsze, niż kobiety zdrowej.

2. Schizofrenja. — Chorych na to cierpienie jest w Niemczech ok. 190 tysięcy, z tego ok. 70% znajduje się w zakładach; cierpienie to występuje tylko drogą dziedziczności; przy chorobie jednego z rodziców mamy 9 — 10% potomstwa chorego na schizofrenję, 34 — 42% są schizoidami i psychopatami, razem około 43 — 52% psychicznie nienormalnych. W razie schizofrenji obojga rodziców wśród potomstwa 53% schizofreników, 29% psychopatów t. j. ok. 82% psychicznie nienormalnych; co się tyczy losów pozostałych 18%, co do nich też nie można mieć zupełnej pewności (Rüdin).

3. Psychoza manjakalno-depresyjna. W Niemczech ok. 25000 takich chorych znajduje się w zakładach, — znacznie więcej na swobodzie, gdy objawy

są mniej wyraźne. Przy chorobie jednego z małżonków stwierdza się ok. 35% chorych dzieci; taki sam odsetek psychopatów cykloidów, razem ok. 66%. O ile oboje rodzice są chorzy — na świat przychodzi ok. 62% chorego na taką samą chorobę potomstwa, pozostałe dzieci są psychopatami cykloidalnemi.

4. Padaczka dziedziczna. W Niemczech cierpi na nią ok. 90000; ok. 10% potomstwa tych chorych ma padaczkę, krewni epileptyków często są psychopatami.

5. Pląsawica dziedziczna: cierpienie rzadkie, b. często się dziedziczy.

6. Dziedziczna ślepota.

7. Dziedziczna głuchoniemota: ok. 45 tysięcy w Niemczech, w ok. 1/3 cierpienie powstało na tle dziedzicznem.

8. Ciężkie dziedziczne ułomności fizyczne: braki członków, niedorozwoje etc.

9. Ciężki alkoholizm: sterylizacja, szczególnie bezwzględnie wskazana, gdy taki alkoholik pochodzi z rodziny psychicznie upośledzonej.

W. D.

Prof. MIŁOWAN MIŁOWANOWICZ.

TECHNIKA SEKCYJNA.

Wydanie drugie rozszerzone, 1933.

Otrzymaliśmy drugie wydanie Techniki sekcyjnej prof Miłanowicza z Belgradu. Na 127 stronach, ilustrowanych 26-ma przeważnie dobremi rysunkami, autor przedstawia zasadniczy bieg sekcji zwłok (dzieło jest przeznaczone przedewszystkiem dla użytku studentów przy studjach anatomji patologicznej i medycyny sądowej) Osobne rozdziały są poświęcone opisowi techniki sekcyjnej noworodka i przy śmierci wskutek otrucia. Przy końcu książki podane są tablice, dotyczące wagi i wymiarów poszczególnych narządów.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Dr. BORYS WEJNBERG, lekarz sądowy.

WYKAZ STATYSTYCZNY CZYNNOŚCI SĄDOWO-LEKARSKICH NA TERENIE POWIATU BIELSKIEGO (Sąd Okręgowy w Białymstoku) ZA ROK 1933.

Oględziny zwłok według rodzaju wypadków.

1. *Zabójstwa:* m. 10, k. 1 razem 11; 2. *Samobójstwa:* m. 4, k. 3 razem 7; 3. *Wypadki:* m. 5, k. 3 razem 8; 4. *Śmierć z przyczyn natur.* m. 1, k. 2 raz. 3; 5. *Płody i noworodki* 4 raz. 4, raz. m. 20, k. 9, płod. i nowor. 4 ogółem 33.

I. Zabójstwa.

1. Rany cięte głowy: m. 1 raz 1; 2. Złamanie kości ciemieniowych: m. 3 raz. 3; 3. rana postrzał. serca: m. 1, raz. 1; 4. rana postrzał. głowy i szyi: m. 2

raz 2; 5. uraz. włókn. zap. płuc: k. 1, raz. 1; 6. rany kłute płuc i serca: m. 2 raz 2; 7. złamanie kości skron. lewej: m. 1 raz. 1. Razem: m. 10, k. 1 ogółem 11

II. Samobójstwa.

1. Rana postrzałowa serca; m. 1, raz. 1; 2. powieszenie się: m. 3 k. 1 raz. 4; 3. otrucie się weronalem: k. 1, raz. 1; 4. utonięcie: k. 1 raz. 1. Razem: m. 4, k. 3 ogółem 7.

III. Wypadki.

1. Otrucie trychiną: m. 1, k. 1 raz. 2; 2. pęknięcie podstawy czaszki: k. 1, raz. 1; 3. uduszenie się podczas ataku padaczki k. 1, raz. 1; 4. wypadki kolejowe: m. 2, raz. 2; 5. niejasne (warjat): m. 1, razem 1; Razem: m. 4, k. 3, ogółem 7.

IV. Choroby.

1. Gruźlica nerek: k. 1, raz. 1; 2. Grypa: k. 1, raz. 1; 3. wada serca: m. 1, razem 1; 4. wycieńczenie: m. 1 razem 1. Razem: m. 2, k. 2, ogółem 4.

V. Płody i noworodki.

1. Urodzone nieżywo: donosz. 3, razem 3; 2. wczesny okres przerw. ciąży (VIII) niedonoszone 1 razem 1. Razem: donosz. 3, niedonosz. 1 ogółem 4.

Badanie osób żywych.

1. uszkodz. ciała: m. 91, k. 12, dzieci 6, razem 109; 2. badanie stanu umysł. m. 4, k. 3, raz. 7; 3. doch. odb. stos. płc., k. 4, dzieci 2, razem 6; 4. dochodz. odb. poronienia k. 3, raz. 3; 5. stwierdz. chorób wewn. m. 1, k. 1, raz. 2; 6. określenie wieku: m. 2, k. 1 raz. 3. Razem : m. 98, k. 23. dz. 8 ogółem 129.

W sądach jako biegły występowałem w 23 sprawach, w tem w Sądzie Okręgowym w 18 spr., w grodzkim w 5 sprawach. Orzeczeń na podstawie przejrzenia akt wydałem 4.

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY i SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 2-gi zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się: Artykuły: „Zasady kodeksu zobowiązań" przez prof. R. Longchamps de Berier: „Polski kodeks handlowy" przez prof. J. Sułkowskiego: „Podstawy ideowe polskich ubezpieczeń społecznych" przez dr. Ig. Gliksmana. — Przegląd piśmiennictwa: 79 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Przegląd prawa administracyjnego i skarbowego. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich, Najwyższego Trybunału Administracyjnego, Orzecznictwo Najwyższego Sądu Wojskowego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa. — Miscellanea.